

Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115480915>







CA1  
FN  
E77



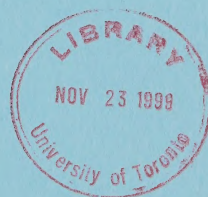
210

Government  
Publications

# Health Canada

## Performance Report

For the period ending  
March 31, 1999



Canada

ESTIMATES

## Improved Reporting to Parliament Pilot Document

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

©Minister of Public Works and Government Services Canada — 1999

Available in Canada through your local bookseller or by mail from

Canadian Government Publishing — PWGSC

Ottawa, Canada K1A 0S9

Catalogue No. BT31-4/42-1999

ISBN 0-660-61054-X





## Foreword

On April 24, 1997, the House of Commons passed a motion dividing on a pilot basis what was known as the annual *Part III of the Estimates* document for each department or agency into two documents, a *Report on Plans and Priorities* and a *Departmental Performance Report*.

This initiative is intended to fulfil the government's commitments to improve the expenditure management information provided to Parliament. This involves sharpening the focus on results, increasing the transparency of information and modernizing its preparation.

This year, the Fall Performance Package is comprised of 82 Departmental Performance Reports and the government's report *Managing for Results* - Volume 1 and 2.

This ***Departmental Performance Report***, covering the period ending March 31, 1999, provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the department's pilot *Report on Plans and Priorities* for 1998-99. The key result commitments for all departments and agencies are also included in Volume 2 of *Managing for Results*.

Results-based management emphasizes specifying expected program results, developing meaningful indicators to demonstrate performance, perfecting the capacity to generate information and reporting on achievements in a balanced manner. Accounting and managing for results involve sustained work across government.

The government continues to refine and develop both managing for and reporting of results. The refinement comes from acquired experience as users make their information needs more precisely known. The performance reports and their use will continue to be monitored to make sure that they respond to Parliament's ongoing and evolving needs.

This report is accessible electronically from the Treasury Board Secretariat Internet site:  
<http://www.tbs-sct.gc.ca/tb/key.html>

Comments or questions can be directed to the TBS Internet site or to:

Planning, Performance and Reporting Sector  
Treasury Board Secretariat  
L'Esplanade Laurier  
Ottawa, Ontario, Canada  
K1A 0R5  
Tel: (613) 957-7042  
Fax (613) 957-7044







# HEALTH CANADA

## Departmental Performance Report

---

For the period ending  
March 31, 1999

Allan Rock  
Minister of Health





# THIS REPORT

---



Health Canada is proud to present to Parliament and to all of Canada this report on its performance for the fiscal year ending March 31, 1999.

This document is an overview of how Health Canada has used tax dollars to benefit all Canadians. The Department is large and complex and to report on every achievement in every program would take much more space than we have here.

So we will look at those accomplishments that we feel are of interest to Parliament and the public.

Health Canada's programs are managed by six business lines as follows:

- Management of Risks to Health
- Promotion of Population Health
- Aboriginal Health
- Health System Support and Renewal
- Health Policy, Planning and Information
- Corporate Services

Every effort has been made to make this report as clear and concise as possible. If you have further questions or want more detailed information on a particular program or service, please contact:

Health Canada  
General Enquiries  
0913A, 13th Floor, Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 957-2991

World Wide Web: < <http://www.hc-sc.gc.ca/> >



# Table of Contents

## Section I: Messages

Minister's Message . . . . .	1
Executive Summary . . . . .	3

## Section II: Departmental Overview

Mission . . . . .	10
Mandate, Roles and Responsibilities . . . . .	10
Operating Environment . . . . .	11
Drivers of Change . . . . .	12
Sustainable Development . . . . .	13
Business Line Descriptions . . . . .	15
Figure 1: Organizational Structure . . . . .	19
Figure 2: Business Line Relationship to Organizational Structure . .	20

## Section III: Departmental Performance

<b>A Performance Expectations . . . . .</b>	<b>21</b>
<b>B Chart of Key Results Commitments . . . . .</b>	<b>24</b>
<b>C Performance Accomplishments by Business Line . . . . .</b>	<b>26</b>
Business Line 1: Management of Risks to Health (MRH) . . . . .	26
Service line A: Food Safety, Quality and Nutrition . . . . .	31
Service line B: Therapeutic Product Regulation . . . . .	34
Service line C: Environmental Health . . . . .	37
Service line D: Disease Prevention and Control . . . . .	41
Service line E: Occupational Health and Safety Agency . . . . .	44
Service line F: Emergency Services . . . . .	47
Service line G: Pest Management . . . . .	49
Service line H: Canadian Blood Secretariat . . . . .	53
Business Line 2: Promotion of Population Health (PPH) . . . . .	56
Business Line 3: Aboriginal Health (AH) . . . . .	63
Business Line 4: Health System Support and Renewal (HSSR) . . . .	72
Business Line 5: Health Policy, Planning and Information (HPPI) . .	76
Business Line 6: Corporate Services (CS) . . . . .	81



#### **Section IV: Consolidated Reporting**

Year 2000 (Y2K) Readiness . . . . .	84
Matériel Management . . . . .	87
Sustainable Development Strategies . . . . .	88
Regulatory Initiatives . . . . .	90

#### **Section V: Financial Performance**

Financial Performance Overview . . . . .	94
Financial Summary Tables . . . . .	95
Table 1: Summary of Voted Appropriations . . . . .	95
Table 2: Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending . . . . .	96
Table 3: Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending . . . . .	97
Table 4: Resource Requirements by Organization and Business Line . . . . .	98
Table 5: Respendable Revenues . . . . .	99
Table 6: Non-Respendable Revenues . . . . .	100
Table 7: Statutory Payments . . . . .	101
Table 8: Transfer Payments . . . . .	102
Table 9: Capital Spending by Business Line . . . . .	103
Table 10: Contingent Liabilities . . . . .	104

#### **Section VI: Other Information**

Departmental Contacts . . . . .	105
References . . . . .	107
Listing of Statutes and Regulations . . . . .	108
Index . . . . .	110





# SECTION I: MESSAGES

---

## MINISTER'S MESSAGE

---

Canadians can justifiably be proud of Canada's high standard of health – it is among the best in the world and contributes to our number one ranking in the United Nations' Human Development Index.

The Government of Canada recognizes that Canadians want to maintain – and even improve – our enviable health system and yet have concerns about some fundamental health issues. They see new and re-emerging threats to health and want a strong sense of direction for the future of the health system in Canada.

During 1998-1999, the federal government and, in particular, Health Canada continued to respond to those needs. I am pleased to present the Departmental Performance Report for Health Canada describing the highlights of that work throughout the year.

For all Canadians, the new funding for health announced in the 1999 Budget was a highlight of the year. Before the Budget was tabled, the Prime Minister secured the commitment of all Premiers that the new funding to be provided through the Canada Health and Social Transfer would be allocated exclusively to health care. The Budget's \$11.5 billion increase in transfers to provinces and territories is the single largest investment this government has ever made. It provides provinces with significant, sustained new health funding, through to 2003, to address the priorities they identify as most urgent. The funding is clear and tangible evidence of the Government of Canada's commitment to the principles of the *Canada Health Act*, which ensure that all Canadians have equal and timely access to quality health care.

The 1999 Budget has laid the foundation for reviving our health care system. It also provided \$1.4 billion for other health investments in areas such as health research, disease prevention and health promotion.



Those new investments build on the strategies and programs Health Canada had put in place through leadership, partnership and innovation. This Department has worked closely with its provincial and territorial counterparts. It has worked with the many groups that are deeply interested in health issues, whether as professionals, experts, providers, consumers or others.

One result of that cooperation was a continued effort under the Health Transition Fund, the Canadian Health Services Research Foundation and other Health Canada-funded initiatives to test and support innovations that will lead to a more integrated health system. Through research and evaluation, governments and health providers will have the evidence to make the best possible choices on how to allocate the new money provided for health care. They reflect our determination to make decisions based on facts.

That determination was also clear in our sustained attention to population health issues, such as the challenges of HIV/AIDS or the battle against tobacco use. It was equally clear in our work to address the special needs of groups such as children and seniors. Health Canada was an important contributor to the government's work to ensure that children get the healthiest start in life. The Department is also at the centre of activities commemorating the International Year of Older Persons throughout 1999, as we do our part for healthy aging.

Health Canada's work reflected the government's overall priorities in many additional ways. The Department continued to move ahead in ensuring that it manages risks to the health of Canadians in an effective, responsible manner. The government's commitment to addressing the health needs of Aboriginal communities remained important as the Department worked closely with First Nations, Inuit and Innu people. Ensuring that Canada is at the leading edge of information and communications innovation was a key factor in our ongoing work to build a health infostructure that will link health providers, policy makers and consumers, and provide content that is useful and effective for all.

Canadians and their government have the same expectations of both the new initiatives and the ongoing work of Health Canada – clear contributions to our shared goals of healthier Canadians, healthier communities and a healthier country. I am proud of the progress we made toward those goals in 1998-1999.



The Honourable Allan Rock, P.C., M.P.  
Minister of Health



## **Executive Summary**

In 1998-1999, as in previous years, health issues were a major focus of public attention in Canada. This attention culminated in the February 1999 federal budget which announced the largest single investment the government has ever made. It included \$11.5 billion to the provinces over the next five years and an investment of an additional \$1.4 billion over the next three years in areas like health information, health research, First Nations and Inuit health, disease prevention and health promotion.

This investment reinforces Minister Rock's statement to the Canadian Medical Association's 131<sup>st</sup> Annual Meeting that:

"Broadly speaking, I believe the fundamental challenge we face is to make the system more responsible and more responsive to Canadians — as taxpayers, as citizens, as patients.

And I believe that meeting that challenge requires focussed action on two closely related fronts.

- First, we need to integrate health care delivery to meet the needs of people, and cure the frustration they feel in dealing with each part separately. Although great strides are being made, we are still far from providing a seamless web of efficient and effective care — whether in terms of organizing services or providing public funding for them. We will not secure quality health care until that is done.
- Second, a quality health system is one that can be measured. Where performance can be assessed. Where all partners in the system are accountable and have a responsibility to report to those who rely on it. A quality system would enable Canadians to determine if their health dollars are being wisely spent. To judge for themselves whether care is getting better — or worse. It is one where objective information is gathered and shared so that all health partners are held accountable for their actions — and so that decisions are informed by facts, not by fiction. Where the public's expectations are set publicly, with public involvement, and performance is then measured against those standards, and the results are published for all to see.

Within the Department, work continued in 1998-1999 in these as well as many areas. Highlights by business line are summarized below.



## **Management of Risks to Health**

Canadians face far fewer risks to their health than do people in many countries. Processes that ensure high levels of safety in food, drugs, medical devices, consumer goods and many other products in daily life as well as health care have helped to achieve that state. However, risks

change over time, as we have discovered with new and re-emerging diseases. So do our ways of viewing and managing those risks. The Department has been changing its approaches to managing risks to the health of Canadians to reflect a rapidly changing world. During the fiscal year the Department:

- reviewed and improved the regulation of the Canadian blood system, taking into account the recommendations of the Krever Commission. This was done by obtaining additional funding for blood regulation inspectors and inspections; by assuring Y2K compliance of the Canadian Blood Services and its headquarters; by revising and consulting on national policy on Creutzfeldt-Jakob Disease on blood donations; and by establishing a consumer sounding board on blood regulation as a part of the new standards-based approach to regulation;
- reached agreement with the Coalition of Cancer Surveillance on a set of standards for the registration of data on progress of cancers, and developed a set of core indicators for the screening of cervical cancers. The standards and core indicators are designed to ensure that the women of Canada are provided with a standard approach to cancer examination. They will also ensure that data on cervical cancers is consistent across Canada;
- provided occupational dosimetry monitoring services to over 12,500 client groups representing over 90,000 Canadian workers. This surveillance, education, and research and development led to a 90 percent reduction in ionizing radiation exposures of nuclear workers;
- formed the Canadian Partnership for Consumer Food Safety Education as a direct result of Health Canada bringing together a team of 48 consumer, industry, health groups and governmental representatives to develop and implement a new, national public awareness campaign on food safety in the home kitchen. Fight BAC!™ stands for "fight food borne bacteria". The campaign seeks to motivate Canadians to fight harmful bacteria by practising critical safety steps when preparing

Microbial food borne illness, commonly known as food poisoning, is the largest class of emerging infectious diseases in Canada. Research shows that improper food handling in the home causes a major proportion of food borne illnesses. Yet consumers are often unaware or misinformed about all they can do to protect themselves from harmful food borne bacteria.



food in their homes. The Fight BAC!™ campaign is designed to engage the consumer in the “gate-to-plate” line of defence against harmful food borne bacteria. The initial goal of the campaign is to convey to consumers four key principles of food safety:

- Clean: Wash hands and surfaces often;
- Separate: Don’t cross-contaminate;
- Cook: Cook to proper temperatures and Chill;
- Refrigerate promptly.

The information is being distributed through public health units, public service announcements on radio and television, and printed materials and displays in supermarkets, food fairs and trade shows, community centres, seniors’ residences and schools.

### **Promotion of Population Health**

It is increasingly evident that the health status of individuals, families and communities is significantly affected by social, economic and behavioural determinants. Factors such as level of income, education, nutrition, smoking, physical activity and family supports are shaping health outcomes long before Canadians find themselves in need of health care services. By promoting population health, the Department and its many partners are intervening to address key health determinants from early childhood to later life to help people live longer, healthier and more productive lives while encouraging a more appropriate use of the health care system. During the fiscal year, the Department:

- increased awareness to reduce deaths related to non-communicable diseases such as breast, cervical and prostate cancer, cardiovascular disease, high blood pressure and diabetes through the development of clinical practice guidelines, professional education initiatives and public education activities;
- increased community capacity for action on the determinants of health by supporting approximately 350 time-limited projects sponsored by voluntary, non-profit, non-government organizations through the Population Health Fund;
- intervened to affect early childhood development through programs that address the social development needs of pregnant women and children (0-6 years) who live in conditions of risk such as poverty, poor nutrition, neglect or abuse;
- increased awareness of seniors and aging issues during the International Year of Older persons through significant investments in national and regional projects;



- worked with the provinces and territories to identify national goals in areas such as affordable health services and the reduction of preventable illness;
- developed an integrated approach to prevention and control of breast cancer by working with the provinces, territories, cancer agencies, major stakeholders and Canadian women;
- released *Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living* and completed the first year of a five-year benchmark study to track the physical activity levels of Canadians.

### **Aboriginal Health**

The Government of Canada is constructing a new relationship with Aboriginal peoples that extends to health issues. The transfer of authority to First Nations and Inuit to manage and deliver health services and involvement in innovations that explore service improvements are important steps. This should result, in the long term, in improved health for people who have traditionally lived shorter, less healthy lives than other Canadians. During the fiscal year, the Department:

- transferred the bursaries and scholarships component of the Indian and Inuit Health Careers Program to the National Aboriginal Achievement Foundation effective September 1, 1998 until September 1, 2000. This falls in line with the Department's strategic direction to transfer control and ownership of health programs and services to First Nations and Inuit themselves;
- expanded the Aboriginal Head Start Program to on reserve First Nation children and their families. Funding for the expansion of the Aboriginal Head Start On Reserve Program has been set at \$100 million over four years and \$25 million per year on going. The Department will be working with First Nations to develop a funding process to ensure the largest possible number of communities and children are reached, while maintaining the integrity of the program;
- announced the \$2 million National Telehealth Research Project for First Nations communities. This project will test the use of telehealth technology to improve and expand the range of health services available to First Nations communities;
- undertook consultations with national Aboriginal organizations on the implementation of the Aboriginal Health Institute;
- announced funding through the Health Transition Fund for two national level projects related to First Nations and Inuit home care. The first project is being carried out in five First Nations sites encompassing eight communities to develop home care models and



test options for better integration and coordination of services provided by the various levels of government. The second project is being carried out in one Inuit and three First Nation communities to identify the type and level of community and home support needs related to diabetes and develop models focussing on care, treatment and education, that will improve the quality of diabetes management.

### **Health System Support and Renewal**

Canada's national health system is society's most valued social program and one that is closely linked to our identity as a nation. But the pace and depth of health system reforms throughout the 1990s have raised concerns among Canadians about the declining accessibility and quality of health care. Furthermore a majority of the Canadians said they believe the system will erode further over the next five years and made it clear that they wanted health care to be a top priority.

During 1998-1999 the Department developed strategic policy options for significant federal investments which would both help provinces and territories to address immediate pressures and also lay a foundation for ensuring a durable and modern system over the longer term. Considerable progress was also made to set a platform and identify key priorities for federal leadership and collaborative work with provinces, territories and other national partners. In particular, highlights during the fiscal year included:

- work with the Department of Finance and other central agencies led to what became known as the Health Budget of 1999. The Budget investments included \$11.5 billion in transfers to the provinces through the Canada Health and Social Transfer. In a letter to the Prime Minister all provincial and territorial premiers committed that these transfers would be specifically dedicated to improvements in health care;
- the 1999 Budget also allocated \$1.4 billion which will be used to support work with provincial and territorial governments and other national partners in a number of areas including information and accountability, and rural and community health;
- on February 4, 1999, the Prime Minister and provincial and territorial premiers (excluding Quebec) signed an historic Social Union Framework Agreement which committed governments to ensuring more transparency and accountability to constituents relative to social policies and programs, and effective mechanisms for Canadians to participate in developing social priorities and outcomes;



- during 1998-1999, the Minister announced funding for projects, under the Health Transition Fund, which will address four priorities jointly agreed to by Federal-Provincial-Territorial Health Ministers - primary care, home care, pharmacare and integrated service delivery;
- in September 1998, Federal-Provincial-Territorial Health Ministers agreed on selected key priorities which they would jointly pursue in order to strengthen the health system and improve the overall health of Canadians.

### **Health Policy, Planning and Information**

Health Canada undertook a structural initiative to establish the Information, Analysis and Connectivity Branch (IACB) in order to improve the generation and use of health-related information and research and to strengthen the Department's analytical foundations. As a result, the Department is improving the base for decision-making; for developing a strategic framework for health policy, planning and information; for creatively using the information highway in the health sector; and, in conjunction with partners, for providing advice with respect to information management and technology. During the fiscal year, the Department:

- released the final report of the Advisory Council on Health Infostructure, *Canada Health Infoway: Paths to Better Health*. The Council made 39 recommendations relating to health information for the general public, telehealth, ensuring access, legislative mechanisms for ensuring privacy and an Aboriginal Health Infostructure. A response to this report is due in the fall of 1999;
- funded 36 projects under the Health Info-Structure Support Program which are designed to improve the delivery of health care services and increase access to the health system for all Canadians, regardless of where they live in Canada;
- developed the Women's Health Strategy, to ensure that the health system is more responsive to women's health issues and needs by, for example, assessing federal policies and programs for their potential impact on women's health;
- provided \$95 million to the Canadian Institute for Health Information to lead a pan-Canadian, integrated effort to improve data-gathering and information exchange that will be part of the Health Information Roadmap. Public reports will be produced on the health of Canadians and on the efficiency, effectiveness and responsiveness of the health care system, allowing Canadians to become informed partners in it;



- continued to support Health Canada's infostructure initiatives (First Nations Health Information System, National Health Surveillance System and the Canadian Health Network) including scoping, governance structure, consultation/partnership strategy and other important issues such as privacy, security, liability and intellectual property;
- launched *Health Promotion Online*, an interactive web site  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/health-promotion-sante/> >  
to disseminate the most current information to health professionals and the general public - topics include nutrition, physical activity, AIDS, heart health, tobacco reduction, drugs and drug abuse and children's issues.





## SECTION II: DEPARTMENTAL OVERVIEW

---

### **Mission**

---

To help the people of Canada maintain and improve their health.

### **Mandate, Roles and Responsibilities**

---

Canadians place a very high premium on their health and the health of their families. Good health is a fundamental element of the quality of life of individual Canadians and their communities. Good health, however, is more than just the absence of disease or illness. A healthy life is one of physical, mental and spiritual well-being. It is a resource for everyday living. At a population level, health contributes immeasurably to social well-being and economic productivity.

It is now widely accepted that an integrated approach to health is essential to creating healthy individuals and communities. This approach encompasses four basic, interrelated components:

- health protection that prevents or reduces the incidence of illness and injury by direct regulatory or other action to manage risks over which individuals, by themselves, have little or no control;
- health promotion that provides individuals, groups, communities and the general population with information and tools (or access to them) so that they can make informed decisions about their health;
- health cure and care that eliminates health problems or provides remedial treatment and care when individuals become ill or injured;
- an integrated infostructure that supports the first three components by enabling the generation, organization and dissemination of information and knowledge relevant to the making of health policy, program and health care decisions.

While Health Canada plays an important role in all four components, the delivery of health services is a complex, multi-jurisdictional responsibility. Success depends on collaboration and coordination among many partners and stakeholders: federal, provincial, and territorial governments; First Nations and Inuit organizations; the



voluntary and community sector; health professionals; the private sector; and, ultimately, individual Canadians. Health Canada's mission – to help the people of Canada maintain and improve their health – goes to the core of the federal role in health and the collaborative nature of health service delivery in Canada.

Health Canada's legislative mandate is stated in the *Department of Health Act* and some 19 other pieces of legislation. Together, they spell out the Department's role in providing national leadership, collaboration and coordination in health policy, regulations, disease and injury prevention, health promotion, health information and knowledge, and First Nations and Inuit health; and in the delivery of health services. The Department's responsibilities cover such areas as:

- the safety of products – food, water, drugs, medical and radiation emitting devices, pest control products and consumer products;
- controlling the sale and advertising of tobacco products;
- controlling the sale and use of narcotics;
- protection against environmental and workplace hazards, including the occupational health and safety of federal government workers;
- supporting disaster and emergency relief operations;
- the application of quarantine measures;
- providing medical services to visiting dignitaries;
- delivery of health services to First Nations and Inuit peoples;
- promoting healthy behaviours and lifestyles;
- analyzing, creating, sharing and using health information and knowledge strategically.

## **Operating Environment**

By many measures, Canadians are already among the healthiest people in the world, and the overall level of health is improving. Deaths in the first year of life have dropped 82 percent since the 1950's. Fewer adults now die of heart disease or injury. Life expectancy has risen to 81 years for women and 75 years for men, and Canadians can expect to live 90 percent of that time without disabling health problems.

Health care restructuring, together with reductions in health budgets over the last several years, however, have created a climate of anxiety for Canadians. Many lack confidence that services will be there when they are needed.

Restoring the confidence of Canadians in the health care system is, therefore, the greatest public policy issue in Canada.



This requires more than just spending more money. It calls for a better understanding of the forces that are acting on health and health care so that resources can be spent wisely, in ways that will respond to the needs of Canadians, bolster the values that led Canadians to create Medicare, and ensure the sustainability of health care in the future.

## **Drivers of Change**

In this respect, three trends taking shape in Canada have important implications for health and health care:

### **1) Health science and technology are advancing rapidly.**

The last half of the twentieth century has witnessed an unprecedented explosion of scientific knowledge - and of ways to protect and improve human health. There are scores of new devices for assessing health; hundreds of new techniques for diagnosing and treating illnesses; thousands of new drugs.

Historically, Canadians have improved their health and strengthened Canada's productivity by investing in health research. The application of enhanced knowledge to such areas as immunization, nutrition and neonatal care, has extended life spans dramatically and greatly improved individual well-being in Canada.

In the future, biotechnology and research breakthroughs will bring even more spectacular developments: gene therapies, new vaccines, and drugs that replace the need for surgery.

### **2) Canadians are getting older as a society.**

The baby boom generation is just starting to turn 50. Canadians over 65 comprise 12 percent of the population today. By 2030 this group will make up more than 22 percent of the population. This has tremendous ramifications for the health system.

As people age, they require more health care - the 12 percent of the population over age 65 today account for 39 percent of Canada's health care costs. The health care costs for the average 70 year old person are six times more than those for the average 40 year old. With the changing demographics, there will be relatively fewer working age Canadians to cover the increased costs.

There are new health care options for older Canadians, such as joint replacements and gene therapies, that can increase an individual's quality of life. The availability of these options will further increase the demand for services that simply did not exist previously - and for evidence, based on research, that such new treatments are effective.

### **3) Canadians' expectations are rising.**

In an increasingly knowledge-based society, Canadians have access to more information than ever about health and health care - from magazines, newspapers, television programs, and the Internet. Through the Internet, for

example, people increasingly are able to conduct in-depth research on health issues of personal interest, rely on the information discovered, and remain current on health problems and solutions.

Knowledgeable about the dramatic innovations in science and technology, and aware of the increasing need for health services as they age, Canadians are demanding more of Canada's health system. They want to be much more involved in decisions affecting their health. They want to know about alternative treatments. They want access to the best available technologies and procedures. They want evidence that particular treatments are effective. And they want the ability to make choices about their health and health care.

First Nations and Inuit are also demanding to be more involved in decisions affecting their health. They see the development of a sustainable, well integrated First Nations and Inuit health system as key, with the ultimate goal being the autonomy and control of health programs and resources by First Nations and Inuit.

## **Sustainable Development**

The concept of sustainable development has been evolving; ideas about what makes human populations healthy have also been changing. Over the last two decades, there has been a growing awareness of the interrelated determinants (or factors) that contribute to population health. These are now recognized to include income and social status, social support networks, education, employment and working conditions, social and physical environments, personal health practices and coping skills, healthy child development, biology and genetic endowment, health services, gender and culture.

Health Canada as a federal department has a direct influence on social/cultural, economic and environmental conditions in Canada through implementation of its policies, programs and regulatory responsibilities. To foster the creation of a healthier society where human and ecosystem well-being are enhanced, the Department is striving for fuller consideration and integration of the economic, social and environmental spheres in its decision-making process.

Sustainable development is a practical process with ethical and legal responsibilities that shape decision making throughout the Department. Sustainable development is about our quality of life. Health Canada is currently implementing its 1997 Sustainable Development Strategy (SDS), prepared under the authority of the *Auditor General's Act* (revised 1995). In 1998, the Department revised its targets in response to the recommendation of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development and made them more quantifiable. The targets, published on the Departmental Web site,

< [http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health\\_e.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_e.htm) >

are arranged under four strategic themes:



- **Promoting and Supporting Population Health:** Opportunities to contribute to sustainable development through a population health approach and through our intention to more fully explore the linkages between population health and sustainable development, and to support healthy child and youth development;
- **Identifying and Reducing Health Risks from the Environment:** Opportunities to address health risks of environmental origin (toxic substances in the environment, bio-regional health effects, and environment-related diseases) and from the food supply;
- **Strengthening Partnerships on Health, Environment and Sustainable Development:** Opportunities for collaboration with other federal departments, provincial and territorial governments, First Nations and Inuit communities and organizations, as well as health professionals, health advocates, consumers and researchers;
- **Integrating Sustainable Development into Departmental Decision Making and Physical Operations:** Opportunities for the Department to become more responsive to sustainable development by clearly establishing responsibilities and accountability for sustainable development; and by “greening” operations in its laboratories, health care facilities, warehouses and offices.

Our direction at Health Canada is to integrate sustainable development thinking into the development of all policies and programs, and into planning, staffing, training, risk assessments, regulatory evaluations, partnership activities, public consultation and more. Integrating sustainable development thinking into all we do will require continuous examination of the processes and tools we have and the ones we need.





## **Business Line Descriptions**

### **Management of Risks to Health**

#### **Objective**

To improve health surveillance and the capacity to anticipate, prevent, and respond to health risks posed by diseases, food, water, drugs, medical devices and other therapeutic products, pest control products, environmental hazards, consumer goods, and upstream determinants of health (personal behaviour, family, social and economic circumstances).

#### **Background**

The Management of Risks to Health (MRH) business line protects Canadians from health and environmental dangers. Through MRH, Health Canada plays a unique national role in ensuring the safety of Canadians. Its work includes:

- review of submissions for new foods, drugs and medical devices;
- surveillance of disease; monitoring and controlling potentially hazardous products;
- monitoring and managing environmental and workplace risks; inspecting and enforcing regulatory compliance for food, drugs, medical devices and other therapeutic products, consumer and commercial products, cosmetics, and radiation-emitting devices; control and regulation of tobacco labeling, reporting and promotion;
- development of national radiation safety codes; quarantine services; emergency preparedness and response;
- managing health and environmental risks associated with pest control products;
- administration of the Canadian Blood Secretariat.

Management of Risks to Health comprises the following service lines:

- Food Safety, Quality and Nutrition
- Therapeutic Product Regulation
- Environmental Health
- Disease Prevention and Control
- Occupational Health and Safety Agency
- Emergency Services
- Pest Management
- Canadian Blood Secretariat



## **Promotion of Population Health**

---

### **Objective**

To promote population health through action on the social and behavioural determinants of health.

### **Background**

Health Canada has adopted a population-health approach to maintaining and improving the health of Canadians. This approach recognizes that many factors in addition to the health care system strongly influence the health of individuals and population groups. It promotes disease prevention and individual and social action, and focuses on a range of factors and the way they interact in determining the health and well-being of Canadians. The framework of this approach features three life stages: childhood and youth, early to mid-adulthood, and later life. Within this life-cycle approach, Health Canada can take action on the broad range of determinants of health, as well as on priority health issues Canadians expect their government to address (e.g. substance abuse, HIV/AIDS, cancer and heart disease).

## **Aboriginal Health**

---

### **Objective**

To assist Aboriginal communities and people in addressing health inequalities and disease threats and in attaining a level of health comparable to that of other Canadians, and to ensure the availability of, or access to, health services for registered First Nations people and Inuit.

### **Background**

Serious health inequalities persist in the Aboriginal population. For example, rates of diabetes, tuberculosis, suicide and smoking are much higher than for the Canadian population at large. Research suggests that First Nations and Inuit children may be at increased risk for infectious diseases, are significantly younger and have longer than average periods of hospitalization and are more likely to be admitted to an intensive care unit compared to non-Native children. The Aboriginal birth rate is twice the Canadian average and the people 10 years younger than the general population - these factors are expected to drive up costs. Coupled with ongoing provincial health reforms, the rising costs of health care, socio-economic factors such as inadequate housing and low employment rates, there is growing pressure on resources that are already strained. Self-government and the transfer of health care services to First Nations and Inuit communities should pave the way for better health among First Nations and Inuit people.

## Health System Support and Renewal

---

### Objective

To ensure the long-term sustainability of a health system having significant national character.

### Background

The preservation and modernization of the Canadian medicare system in a constantly changing fiscal landscape is the main concern of the Health System Support and Renewal (HSSR) business line. Since health care is the shared responsibility of the federal and regional governments, HSSR is charged with ensuring that medicare services across Canada follow the principles and provisions of the *Canada Health Act (CHA)*, and creating a national consensus on how to: ease financial pressure on the public and private sectors; maintain universal access to appropriate health care; and achieve a better balance among health care, disease prevention and health protection and promotion.

## Health Policy, Planning and Information

---

### Objective

To foster strategic and evidence-based decision making within Health Canada and to promote evidence-based decision making in the Canadian health system and by Canadians themselves.

### Background

The Health Policy, Planning and Information (HPPI) business line plays four key roles:

- helps develop national and major health programs, policies and strategic plans;
- helps promote the wide-ranging research needed to support Canada's health needs;
- promotes the development and application of innovative information systems and technologies in the health sector;
- makes health policy decision makers accountable for the effectiveness of their decisions in promoting better health.

In order to achieve its objectives, Health Canada undertook a structural initiative in November 1998 to establish the Information, Analysis and Connectivity Branch (IACB) in order to improve the generation and use of health-related information and research and to strengthen the Department's analytical foundations. Through the IACB, the Department improves the analytical basis of decision making; develops the long-range strategic framework and policies that establish, direct and redirect the involvement of the federal government in health research policy; develops the creative use of the information highway in the health sector; and, in cooperation with the provinces and territories, the private sector and international partners, provides advice, expertise and assistance with respect to information management and information technology, planning and operations.



## **Corporate Services**

### **Objective**

To support the delivery of Health Canada's programs through the provision of administrative services, and through the provision of advice and direction to senior management regarding the effective and efficient use of resources.

### **Background**

Corporate Services provides a complete line of administrative services across the Department:

- financial planning, systems, and administration;
- human resource planning, development, and operations;
- information management, including information technology;
- asset management, including the acquisition of goods and services;
- occupational health, safety and security;
- Ministerial and Deputy Ministerial correspondence.

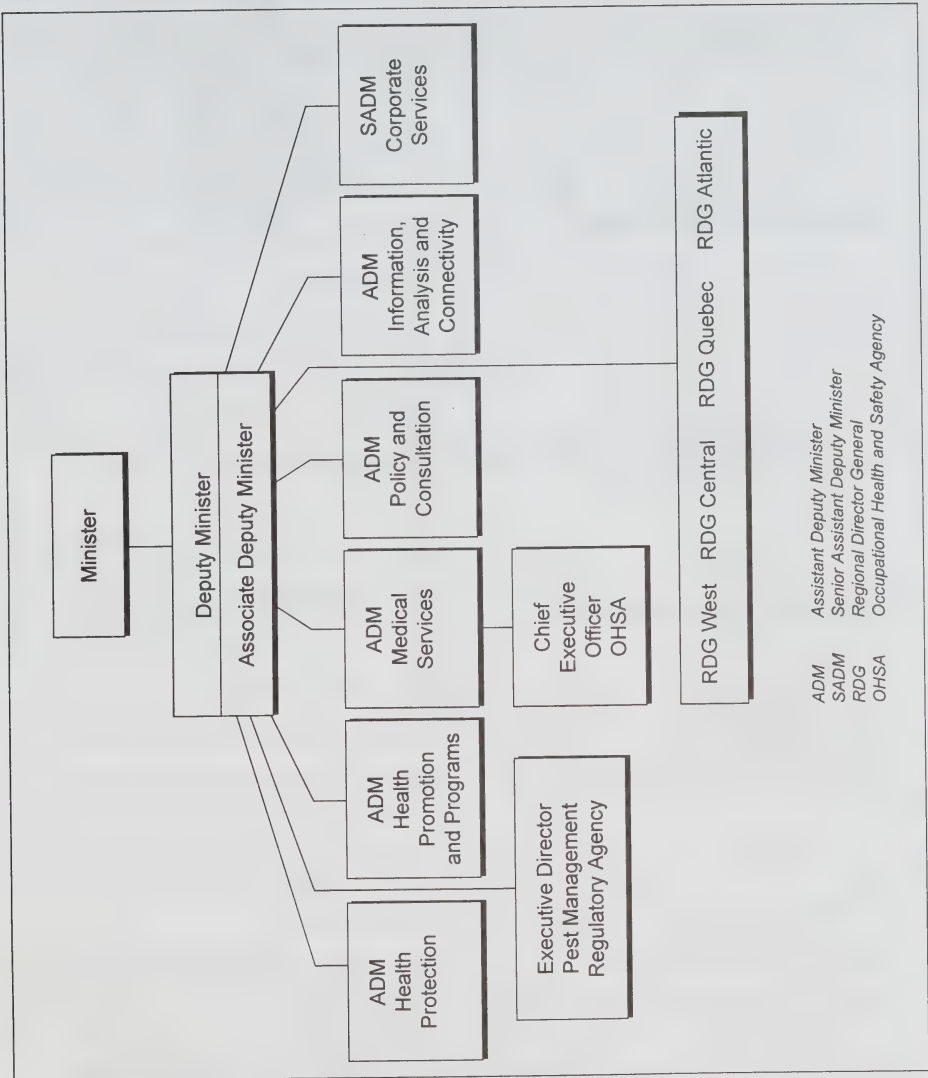
In addition, Corporate Services supports the overall management of the Department's resources by:

- providing functional direction and advice to program managers;
- integrating resource options, assessments, plans and reports;
- promoting modern comptrollership practices;
- undertaking internal audits.

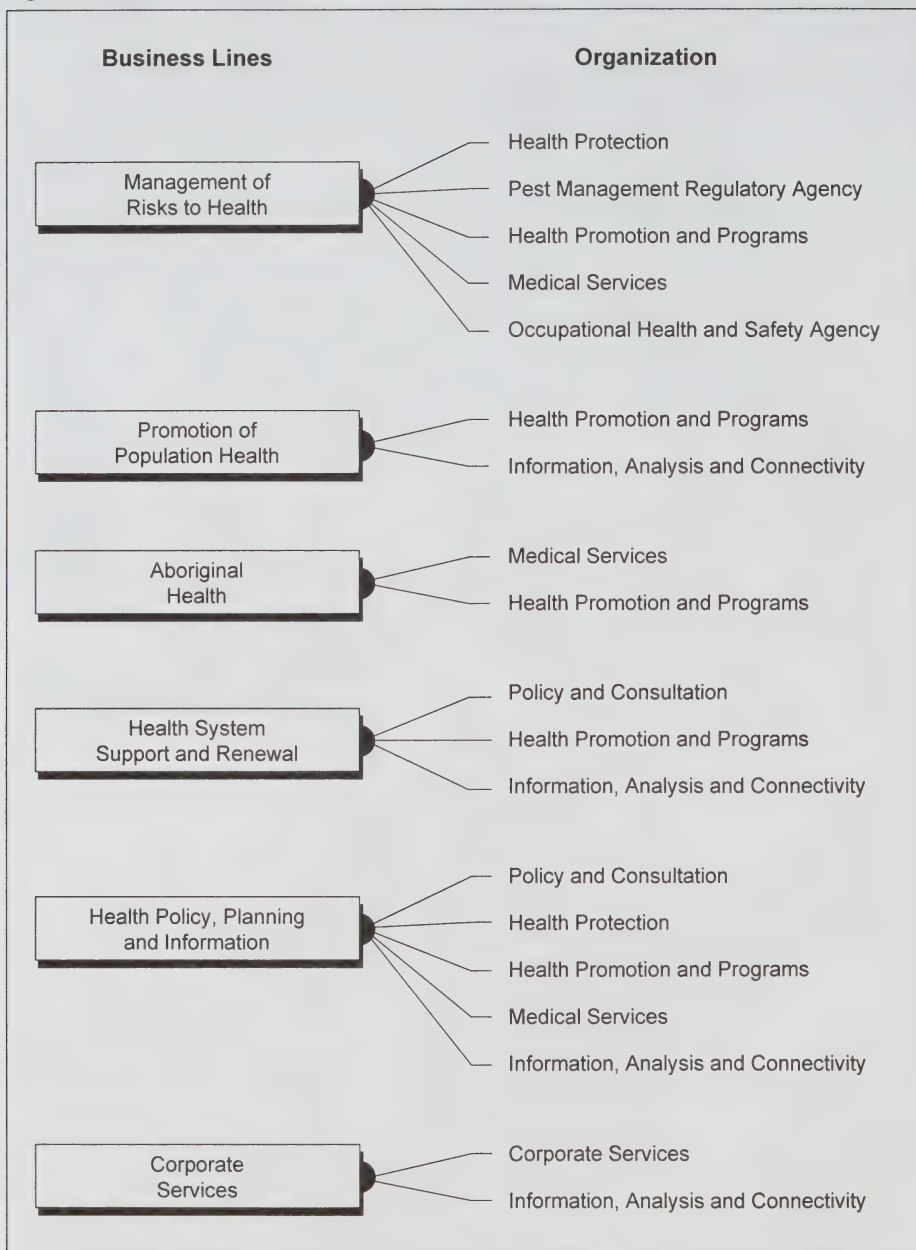




**Figure 1: Organizational Structure**



**Figure 2: Business Line Relationship to Organizational Structure**





## SECTION III: DEPARTMENTAL PERFORMANCE

---

### A. Performance Expectations

---

The following are some of the Department's goals from the business line sections in the 1998-1999 Report on Plans and Priorities:

#### **Management of Risks to Health**

---

- improve risk management frameworks by developing updated guidelines, policies and programs addressing new considerations and information, and by incorporating a decision-making process that includes the public;
- convert some Health Canada operations to Special Operating Agency (SOA) status, and develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations;
- modernize the regulatory framework for risk management;
- enhance health surveillance systems;
- improve core scientific activities in regulation, research, and public health, taking advantage of public input and independent advisors.

#### **Promotion of Population Health**

---

- develop and seek acceptance of the population health model through research, consultation, monitoring, and taking measures to improve accountability;
- share results of best practices of the Community Action Program for Children (CAPC), develop models/programs to support parents as caregivers, and convene National Training Workshops for CAPC workers;
- support action on the prevention and control of leading non-communicable diseases and death (e.g. cardiovascular disease, diabetes, certain cancers);
- develop and disseminate a framework for action on injury prevention for seniors and other materials on healthy living and the prevention of injury and disease;



- conduct research on the health consequences of violence against women and disseminate information on federal initiatives through the National Clearinghouse on Family Violence.

### **Aboriginal Health**

- institute, in consultation with all other Health Canada branches, an internal management process to guide and support self-government negotiations for health services;
- provide guidance and support to Medical Services Branch regions and to First Nations and Inuit communities pursuing self-government in health;
- transfer second-, third-, and fourth-level services and the administration of fixed assets, at a pace to be determined by First Nations, subject to obtaining appropriate authorities;
- accelerate the use of automated systems to increase efficiency;
- strive for universal provider operations in a real time claim adjudication point of service;
- complete health assessment planning for hospital services and negotiate a new hospital service agreement in Moose Factory.

### **Health System Support and Renewal**

- work with provinces on a protocol aimed at establishing greater transparency in the interpretation of the *Canada Health Act*;
- through resources provided by the Health Transition Fund, work with provinces and territories to explore innovative approaches (including the use of information systems) to reduce health care costs;
- develop national approaches to Medicare renewal issues such as waiting lists, practice guidelines, and health care professional resources.



### **Health Policy, Planning and Information**

- support funding for research or projects and related activities through the Health Services Research Foundation, the proposed Population Health Institute, or the National Health Research and Development Program;
- monitor public health patterns through national surveillance networks on cancer, youth risk behaviour, perinatal health, child abuse and neglect, diabetes, asthma, and cardiovascular disease;
- improve the policy and planning process.



## **Corporate Services**

- support the ongoing strengthening of the Department's work force, including continued support for employees affected by change, various initiatives aimed at revitalizing public service and ensuring a continuity of qualified staff (collectively referred to as La Relève), and increased employment of visible minorities in specific occupational groups and in the management ranks;
- enhance the Department's capabilities to manage its financial resources, including implementing the government-wide Financial Information Strategy, supporting cost recovery initiatives by upgrading its financial processes and systems, and resolving Year 2000 problems in existing systems;
- make effective use of information technologies, including the introduction of additional hardware, software and support services that will enable secure electronic communications, the efficient delivery of departmental services using electronic networks, and improved management of electronic and other records;
- ensure Year 2000 compliance of all facilities, including laboratories;
- establish a Year 2000 vendor compliance data base of regulated devices.



## B. Chart of Key Results Commitments

To provide Canadians with:	To be demonstrated by:	Achievements reported in:
<b>Management of Risks to Health</b> Health surveillance that anticipates, prevents and responds to health risks posed by diseases, food, water, drugs, pesticides, medical devices, environmental and occupational hazards, consumer goods and other socio-economic determinants of health.	1.1 Reduced illness, injury and death from identified health risks. 1.2 Greater scientific knowledge about risks and benefits to human health and the environment that evolves with Canadians' health care needs. 1.3 A public well-informed about specific risks and benefits to their health. 1.4 Modern policies, laws, regulations and standards that are responsive to risks and benefits to human health and the environment, that take into account globalization, the economy and sustainable development, and that are harmonized with foreign counterparts where appropriate. 1.5 Increased consultations with the public and various stakeholders. 1.6 Programs that use biotechnology for public health advantage.	p.27 (1.1), p.32 (1.A.1), p.37 (1.C.1), p.41 (1.D.1), p.49 (1.G.1), p.53 (1.H.1) p.29 (1.5), p.32 (1.A.2), p.35 (1.B.3), p.40 (1.C.4) p.28 (1.4), p.33 (1.A.3), p.37 (1.C.1), p.40 (1.C.3), p.42 (1.D.4) p.28 (1.3), p.32 (1.A.1), p.35 (1.B.2), p.35 (1.B.3), p.37 (1.C.1), p.39 (1.C.2), p.42 (1.D.3), p.50 (1.G.2), p.54 (1.H.2) p.27 (1.1), p.27 (1.2), p.32 (1.A.2), p.34 (1.B.1), p.39 (1.C.2), p.42 (1.D.2), p.50 (1.G.2) 
<b>Promotion of Population Health</b> An approach to health that takes into account and acts on social and behavioural determinants of health.	2.1 Improved health and health care through public empowerment, consumer participation and better informed Canadians. 2.2 Targeted initiatives to prevent disease and injury, and to cope with an aging population. 2.3 Optimal child development. 2.4 Leadership on population health and accountability to the public.	p.57 (2.1) p.59 (2.2) p.60 (2.3) p.61 (2.4)



## Chart of Key Results Commitments (continued)

To provide Canadians with:	To be demonstrated by:	Achievements reported in:
<b>Aboriginal Health</b> Cost-effective health services and programs for Aboriginal people which strive to reduce health inequalities vis-à-vis other Canadians and which are controlled by First Nations and Inuit communities at their own pace.	3.1 Life expectancy, incidence of tuberculosis and cardiovascular disease, infant mortality, and injury and suicide rates that are more in line with the general Canadian population.  3.2 Data which relates to First Nations empowerment and capacity building.	p.64 (figure 3-4), p.65 (figure 5-6)   p.66 (3.1), p.68 (3.2)
<b>Health System Support and Renewal</b> A long-term, sustainable health system with significant national character.	4.1 Access to health services that are consistent with the principles of the <i>Canada Health Act</i> : universality, portability, accessibility, public administration and comprehensiveness.  4.2 Renewed and modernized health system in cooperation with the provinces and territories.  4.3 Improved balance between care, treatment, prevention and promotion, and the cost effectiveness of the health system.	p.72 (4.1)   p.72 (4.2)  p.73 (4.3)
<b>Health Policy, Planning and Information</b> Reliable and current health information to make evidence-based health decisions.	5.1 First-rate national health surveillance and health research information accessible to all Canadians.	p.77 (5.1)



## C. Performance Accomplishments by Business Line

### Business Line 1: Management of Risks to Health (MRH)

#### Objective

To improve health surveillance and the capacity to anticipate, prevent, and respond to health risks posed by diseases, food, water, drugs, medical devices and other therapeutic products, pest control products, environmental hazards, consumer goods, and upstream determinants of health (personal behaviour, family, social and economic circumstances).

#### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	283.1	319.1	314.6
Expected revenue	(54.3)	(53.1)	(46.8)
Net expenditures	228.8	266.0	267.8*

\* This represents 13.4 percent of the Department's actual spending.

#### Background

The Management of Risks to Health (MRH) business line protects Canadians from health and environmental dangers. Through MRH, Health Canada plays a unique national role in ensuring the safety of Canadians. Its work includes:

- review of submissions for new foods, drugs and medical devices;
- surveillance of disease; monitoring and controlling potentially hazardous products;
- monitoring and managing environmental and workplace risks; inspecting and enforcing regulatory compliance for food, drugs, medical devices and other therapeutic products, consumer and commercial products, cosmetics, and radiation-emitting devices; control and regulation of tobacco labeling, reporting and promotion;
- development of national radiation safety codes; quarantine services; emergency preparedness and response;
- managing health and environmental risks associated with pest control products;
- administration of the Canadian Blood Secretariat.



Management of Risks to Health comprises the following service lines:

- Food Safety, Quality and Nutrition
- Therapeutic Product Regulation
- Environmental Health
- Disease Prevention and Control
- Occupational Health and Safety Agency
- Emergency Services
- Pest Management
- Canadian Blood Secretariat

### **Priority 1.1**

Improve the risk management framework.

#### **Accomplishments**

- completed a revised draft Risk Management Framework in order to ensure that the Department can achieve its primary goal - to protect the health of Canadians, and to ensure that health risks are minimized to the extent possible and practicable. Although a previous framework had served a useful purpose, it was necessary to revise the framework in order to respond to the current operating environment, and to reflect new approaches for risk management. The revised framework reflects the involvement of the public and specific stakeholders.

### **Priority 1.2**

Convert some Health Canada operations to Special Operating Agency (SOA) status, and develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations.

#### **Accomplishments**

- continued to pursue the process of conversion to a full cost recovery operation in the Occupational Health and Safety Agency (OHSA). A formula for the distribution of the appropriation was developed, and Memoranda of Understanding were established to clarify the roles of OHSA and departments in relation to the provision of services by the Agency;
- strengthened partnerships with other governments, industry, the health professions, and consumer associations to advise program management and scientists developing policy for blood regulation, and to increase information sharing and collaboration on market interventions related to the safety of therapeutic products in the Canadian marketplace;



- the Public Service Award of Excellence was awarded to a team from the Pest Management Regulatory Agency for using the new joint review process developed under NAFTA to complete registration of the first jointly reviewed reduced-risk chemical, saving time and money, and providing Canadian and US fruit growers with equal access to the fungicide Cyprodinil (Vangard®), a newer, safer product for use on apples;
- conducted collaborative research on anti-microbial resistance with the University of Guelph and worked with the US Centres for Disease Control and Prevention on methods to address disease prevention.

### **Priority 1.3**

Modernize the regulatory framework for risk management.

#### **Accomplishments**

Published a discussion paper entitled *Shared Responsibilities, Shared Vision - Renewing the Federal Health Protection Legislation* in July 1998 to improve and update health protection legislation (excluding areas already under review such as new reproductive technologies, patent medicines, pest control products). The goal of this initiative is to:

- renew laws that govern the activities of Health Canada in the area of health protection which were written decades ago;
- address changes in society, medicine, science, technology and people's lifestyles which have created new risks to health;
- eliminate potential gaps in the health protection Canadians enjoy resulting from laws that were amended in piecemeal fashion in response to problems as they arose;
- reflect in the new laws the progress made in our understanding of health, and the best ways to promote and safeguard it by working with partners in government and the private sector to effectively manage health risks.



### **Priority 1.4**

Enhance health surveillance systems in Canada.

#### **Accomplishments**

- produced a discussion paper in conjunction with a Federal-Provincial-Territorial Surveillance Integration Design Team on an integrated national health surveillance network for Canada. Proposed functional roles and responsibilities of the main partners involved in health surveillance in Canada were outlined and recommendations made as to the processes or mechanisms through which the main partners can establish, review and update priorities for the national surveillance network. The goal is to increase the contribution which health surveillance makes to the future health of Canadians.

## Priority 1.5

Improve Health Canada's own core scientific activities in regulation, research and public health by taking advantage of public input and independent advisors.

### Accomplishments

In order to meet the above priority, the Department established the following two advisory boards to advise on ways and means to renew health protection programs:

#### ( a ) Science Advisory Board (SAB)

- addressed issues which are currently key challenges of the Health Protection Branch (HPB) and have been the subject of significant public debate. During 1998, the Board forwarded two letters of recommendation to the Minister, in addition to its six reports. One addressed the fate of the non-human primate laboratory; and the second, the development of HPB's Safe and Nutritious Food Program. The Board also followed closely the review of the regulatory framework for natural health products and has provided advice on proposed directions;
- reviewed the quality of HPB science in coordination with discussions of other "science platform" issues such as peer review and the role of a Chief Scientist. The Board recommended that adequate resources were essential to assuring the best quality of work and people. The 1999 Budget emphasized health care and added significant funds to HPB's budget.

#### ( b ) Laboratory Science Review Committee (LSRC)

- prepared a critical review of all activities taking place in Health Canada laboratories and examined how effectively these activities were linked to the Department's mandate. Completed a review of both National Capital Region (NCR) and regional laboratory activities, submitted a report to Health Canada's Science Committee entitled *Keeping Faith With Canadians* to begin considering possible plans for the implementation of its recommendations. The resulting report was provided to scientists across Health Canada for review and comment, was discussed in a series of workshops held in April and May 1998, and in the same period, was also presented to the Science Advisory Board. In this process, LSRC was guided by an overarching goal, namely the need to develop more flexible, more resilient and responsive laboratories within HPB;
- identified a need to redefine, streamline and integrate HPB laboratories, both to make more effective use of laboratory resources and to better meet the needs of Canadians.

#### ( c ) Pest Management Advisory Council (PMAC)

- established in November 1998 to provide a forum for stakeholders to develop advice on policies and issues relating to the federal pest management regulatory system, PMAC has already met three times to discuss proposed new legislation, the pesticide re-evaluation program and other issues.



## **Accountability for Key Results**

### **Primary Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Health Protection Branch

### **Co-Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Medical Services Branch

Assistant Deputy Minister - Health Promotion and Programs Branch

Executive Director - Pest Management Regulatory Agency

Chief Executive Officer - Occupational Health and Safety Agency





## Service Line A: Food Safety, Quality and Nutrition (FSQN)

### Objective

To protect and improve the health and well-being of the Canadian public by defining, advising on, and managing risks and benefits associated with the food supply.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	45.2	39.6	41.0
Expected revenue	(2.2)	(1.3)	(1.0)
Net expenditures	43.0	38.3	40.0*

\* This represents 14.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

The Food Program has the primary responsibility to protect and improve the health of the people of Canada through science-based policies and programs related to safe and nutritious food. Consumers need safe and nutritious food and they need accurate safety and nutrition information to make informed choices. Nutrients are increasingly being shown to have direct impacts on the development of chronic diseases such as cardiovascular disease, certain cancers, and diabetes. Lack of nutritious food is linked to developmental and learning difficulties in children.

The Food Program:

- identifies significant health threats and benefits from foods;
- establishes food safety and nutrition policies that respond to the needs of Canadians;
- participates in international and domestic standard-setting organizations;
- regulates new foods and food additives;
- provides advice and leadership to the Canadian food safety system.

Areas of work include food additives, chemical and microbiological contaminants, nutritional quality, novel foods (e.g. bio-engineered foods), food components and processes and veterinary drugs.

For further information please see the Food and Nutrition Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/english/food.htm> >.



### Priority 1.A.1

Improve the risk management framework.

#### Accomplishments

- worked with the Laboratory Centre for Disease Control, the Therapeutics Products Program and Environmental Health on bovine spongiform encephalopathy (mad cow disease). A HPB transmissible spongiform encephalopathies team was set up to monitor scientific and international activities in order to provide input into Canadian policy development. Interim policies and programs have been established:
  - to monitor or identify cases of classical Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) or variant CJD in Canada;
  - to deal with CJD, blood and the therapeutic use of tissues of animal origin;
  - to prevent BSE in cattle in Canada;
  - to prevent importation of infected beef and beef products.
- started the implementation of the Nutrition for Health action agenda, through nutrition surveys, nutrition labeling, and food fortification;
- developed policies and programs for the safety of raw food of animal origin (e.g. for the microbiological safety of cheese made from unpasteurized milk). A steering committee was established to develop broad principles applicable to the relevant sectors of the food industry. These principles have already been applied to reduce the risk associated with consumption of raw milk cheeses;
- drafted *Guidelines for the Handling of Raw Ground Beef Found Positive for E. coli O157:H7* based on the proposed microbiological criteria used to determine acceptable and unacceptable risks to health associated with ground beef contaminated with *E. coli* O157:H7;
- completed the new food program policy framework in consultation with stakeholders. The new framework will facilitate the uniform development of, and consultation on food policies to protect and improve the health of Canadians;
- applied the new framework to the development of new food safety and nutrition standards. The new framework has guided the successful development of several policies (e.g. nutrition labeling, fortification of foods, nutrient content claims). These initiatives are close to completion.

### Priority 1.A.2

Develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations.

#### Accomplishments

- conducted research on antimicrobial resistance, involving HPB's Bureau of Microbial Hazards and Bureau of Veterinary Drugs and the University of Guelph. This project included policy making, research and surveillance in collaboration



with other federal departments, other academia and industry. Consultation on a policy to ensure prudent use of antimicrobials has been initiated and a Steering Group on the Non-human Use of Antimicrobials is being established;

- planned nutrition research in partnership with officials from Manitoba and British Columbia and implemented adult food consumption surveys. A child and youth nutrition survey protocol was implemented to collect dietary information on school-aged children in Quebec.

### **Priority 1.A.3**

Enhance health surveillance systems in Canada.

#### **Accomplishments**

- conducted research to characterize the extent of antimicrobial resistance in various organisms. Surveillance systems are being developed to determine the use of antimicrobials in livestock and the incidence of antimicrobial organisms in food and animals;
- conducted a survey in Whitehorse on possible contaminants in country foods. Survey results indicate that the levels of polychlorinated biphenyls (PCBs) and organochlorines in country foods are similar to those from southern Canada and do not represent any risk to the consumer. Evaluation of data on metals and other contaminants will be conducted once the analyses have been completed.



## Service Line B: Therapeutic Product Regulation (TPR)

### Objective

To ensure that the drugs, medical devices, and other therapeutic products available to Canadians are safe, effective and of high quality. Health Canada also provides legislative policy and support to law enforcement activities in the control of illicit drugs.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	49.4	78.1	72.3
Expected revenue	(32.5)	(34.7)	(31.9)
Net expenditures	16.9	43.4	40.4*

\* This represents 15.1 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

Health Canada licenses drugs, medical devices and other therapeutic products for clinical trials and general use, and regulates establishments that make, import, distribute, package or test these products. As well as monitoring use, investigating reported problems and taking corrective measures, the Department provides legislative policy support for its activities and analytical services to help law enforcement agencies control illicit drugs. Finally, it sets the Canadian regulatory frameworks for therapeutic products and works toward the harmonization of Canadian standards and activities with international counterparts.

For further information please see the Therapeutic Products Program (TPP) Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/> >.

### Priority 1.B.1

Develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations.

### Accomplishments

- developed and implemented a framework for TPP participation in international harmonization of regulatory operations by establishing a program-wide international strategy and a Steering Committee on Harmonization and International Cooperation;
- established a working group to coordinate the implementation of internationally harmonized standards within the TPP;



- established a committee to coordinate the Medical Devices Bureau's involvement in the global harmonization task force with Canada as the co-chair;
- worked within the Pan American Steering Committee on Drug Harmonization to recommend and oversee Pan American harmonization activities and initiatives. Within this forum, the TPP has a leading role concerning the issues related to the regulatory classification of products;
- signed, and began implementation of Mutual Recognition Agreements (MRAs) with the European Community and Switzerland. The MRAs cover both drug and medical device sectors;
- designed and put in place an information management/technology framework for the TPP, including an internationally harmonized framework for electronic submissions from industry.

### **Priority 1.B.2**

Modernize the regulatory framework of the Canadian blood system, taking into account the recommendations of the Krever Commission.

#### **Accomplishments**

Reviewed and improved regulation of the Canadian blood system, taking into account the recommendations of the Krever Commission. This was done by:

- effecting the transition of responsibility from the Canadian Red Cross to the Canadian Blood Services and to Héma-Québec;
- obtaining additional funding for blood regulation;
- providing support to the activities of the National Blood Safety Council;
- revising and consulting on national policy on Creutzfeldt-Jakob Disease and on blood donations;
- establishing a consumer sounding board on blood regulation.

### **Priority 1.B.3**

Modernize the regulatory framework for natural health products (including herbal remedies, functional foods and nutraceuticals); and introduce new regulatory frameworks for medical devices, product licensing, and tissues and organs, including xenotransplants.

#### **Accomplishments**

- created, and supported the Advisory Panel on Natural Health Products, whose report to the Standing Committee on Health (SCH) was the basis of the SCH recommendations that natural health products be regulated for safety, quality and efficacy;
- established an Office of Natural Health Products to operate within HPB and be functional by January 2000. A Transition Team has been formed to ensure timely implementation of the Standing Committee recommendations;
- promulgated new regulations for medical devices on May 7, 1998 after an extensive consultation process with all stakeholders;



- proposed a new system for regulating drug products (Version III of the Product Licensing Framework), and circulated it to stakeholders in June 1998;
- published 10 regulatory amendments to the Food and Drug Regulations in *Canada Gazette*, Part II, and 15 in Part I;
- continued policy development work associated with a new standards-based regulatory framework for the safety of tissues and organs for transplantation and blood establishments (e.g. hospital blood banks). Milestones included the completion of a draft standard for tissues and organs by an Expert Working Group which will be transformed into a National Standard of Canada and partial completion of a standard for blood establishments. The report of the National Forum on Xenotransplantation was released for public consultation and a public engagement strategy created;
- developed a framework for a medical marijuana research program.



## Service Line C: Environmental Health (EH)

### Objective

To improve safety and safe use of products, and reduce health risks by identifying, assessing and managing the risks and benefits of natural and human-made environments while contributing to sustainable development.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	53.9	53.7	56.7
Expected revenue	(2.9)	(3.3)	(2.0)
Net expenditures	51.0	50.4	54.7*

\* This represents 20.4 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

The Environmental Health Program (EHP) maintains an environmental health protection infrastructure that includes development and administration of regulatory frameworks and agreements related to natural environments, and safe living and working environments. It monitors compliance with the frameworks and undertakes surveillance activities to identify, assess and manage health risks associated with natural and technological environments and the use of consumer and commercial products. It provides advice on environmental factors that influence health and safety to enable Canadians to interact safely in their work and living environments. It also develops procedures to respond to potentially hazardous situations related to the environment. The program operates under several pieces of legislation, including the *Hazardous Products Act*, the *Tobacco Act*, the *Radiation Emitting Devices Act*, the *Canadian Environmental Protection Act*, the *Canadian Environmental Assessment Act*, and the *Food and Drugs Act*.

For further details see the EHP Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/> >.

### Priority 1.C.1

Improve risk management frameworks by developing updated guidelines, policies and programs addressing new considerations and information, and incorporating a decision making process that includes an informed public.



## Accomplishments

- assessed, managed and reported on human exposure and the health effects of environmental contaminants in the St. Lawrence River Basin, Fraser Valley, the Great Lakes and in Canada's North. Participated in federal, provincial and international level efforts. As a result of this work, the Department was better able to assess current contaminant levels, improve its risk management practices, increase its focus and identify high risk populations, develop and implement human exposure guidelines, and identify persistent organic pollutants;
- progressed towards reducing the incidence of water-borne disease and reducing exposure to leachable contaminants through research activities in the areas of waterborne diseases and their monitoring, analytical technology and water treatment processes;
- monitored and studied the effects of air pollution on respiratory diseases, heart disease, reproductive health and birth defects at community levels, and prepared a review of their impacts on the quality of life. The aim of this work is to improve risk assessment of indoor and outdoor air environments, have better informed, more effective and more efficient departmental risk management activities with respect to air quality and identify populations at risk;
- monitored compliance with the *Hazardous Products Act* and Regulations through cyclical enforcement activities, investigated complaints, was active in developing the new *Consumer Chemicals and Containers Regulations*, a strategy initiative to reduce lead levels in children's products and a voluntary standard for furniture, revised the *Cosmetic Products Regulations* as part of the *Food and Drugs Act*, educated manufacturers, importers, other government agencies and private laboratories in cigarette lighter standards, tested children's vinyl toys to determine the presence and extent of phthalate content. This work leads to an increased focus on, and regulatory efforts in high risk areas, increased efficiency in the regulatory process and fewer hazardous chemicals and products reaching the marketplace;
- monitored and reported on the higher exposures to persistent organic pollutants and toxic metals levels for northern Canadian Aboriginal peoples and possible impacts on age groups to support need for controls. Examined need for development of North American Regional Action Plans for these contaminants;
- provided occupational dosimetry monitoring services to over 12,500 client groups representing over 90,000 Canadian workers. Provided access to the registry to other regulatory authorities including the Atomic Energy Control Board and provincial regulators;

### Continuing Relevance - Scientific Evidence

- **chemical products** are linked to 50,000 poisonings and 20 deaths annually;
- **indoor air pollution** requires critical attention since pollutants released indoors are 1,000 times more likely to reach people's lungs.





- assessed risks to human health for some 1,000 chemicals and biological agents under the *Canadian Environmental Protection Act (CEPA)*, instituted risk reduction strategies for selected agents, and worked on implementing the new *CEPA*.

### Priority 1.C.2

Modernize the regulatory framework for risk management.

#### Accomplishments

- worked to produce guidelines for drinking and recreational water quality and legislation and regulations on drinking water materials based on health-based performance standards;
- preparing revised cosmetic products regulations as part of the Food and Drugs Act. When adopted in year 2000 these regulations will provide a more effective means of ensuring the safety of cosmetics ingredients;
- proposed Tobacco (Reporting) Regulations which are intended to expand the list of reportable ingredients and emissions, and will apply to all classes of tobacco products. To this end, a HPB Information Letter was published on June 10, 1998 soliciting comments on regulatory proposals. Comments were analyzed and, as a result, the regulatory text is being drafted by the Department of Justice's Regulations Section. Publication in *Canada Gazette*, Part I is expected in fall 1999;
- proposed Tobacco (Labeling) Regulations which will increase the number of ingredients and emissions that must be declared on packaging, in order to increase consumers' awareness and concern about the hazardous nature of tobacco products, and require the display of graphics in the health messages. In January 1999 a consultation paper *Proposed New Labeling Requirements for Tobacco Products* was published and distributed to industry and interested parties to solicit their comments. Regulatory proposals are being developed and publication in *Canada Gazette*, Part I is expected in fall 1999;
- proposed Tobacco (Promotion) Regulations which may impact the advertising and sponsorship promotion of tobacco products and accessories. The aim is to protect Canadians (especially young people) from inducements to use tobacco. In January 1999 a consultation paper *Options for Tobacco Promotion*

#### Program Performance - Outcomes

- elimination of lead in gasoline and consumer products contributed to 95% decrease in lead levels in children's blood;
- surveillance, education, R&D lead to 90% reduction in ionizing radiation exposures of nuclear workers;
- injury-related deaths in children dropped from 31.5 to 20.6 per 100,000 from 1981 to 1992.



*Regulations* was published and distributed to industry and interested parties to solicit their comments. Regulatory proposals are being developed and publication in *Canada Gazette*, Part I is expected in 1999-2000.

### **Priority 1.C.3**

Enhance health surveillance systems through expanded access to hospital-reported injury data.

#### **Accomplishments**

- conducted in-depth epidemiological and causal analysis of hospital-reported injuries related to consumer products. Gained new access to hospital-reported injuries data base for causal and trend analysis.

### **Priority 1.C.4**

Improve Health Canada's own core scientific activities in research and public health.

#### **Accomplishments**

- incorporated the Toxic Substances Management Policy (TSMP) into the EH management strategies. This initiative supports strategic and applied research efforts in five priority areas: persistent organic pollutants, metals in the environment, endocrine disrupting chemicals, urban air pollutants and cumulative effects of toxic substances and unites Canadian research scientists in the private sector, universities, organizations and government. Results will provide evidence to be used in making policy to reduce human health and environmental risks associated with toxic substances.

## Service Line D: Disease Prevention and Control (DPC)

### Objective

To enable the Department to evaluate the efficacy and effectiveness of various prevention, screening/diagnosis, treatment and palliation methodologies for a wide range of human diseases.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Net expenditures	39.5	38.8	38.4*

\* This represents 14.4 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

The Department's Disease Prevention and Control strategy includes the following activities:

- surveillance, investigation and targeted research to assess the risks of a wide range of human diseases and injuries;
- identification of options for public health intervention through effective leadership and collaboration with various governments and organizations;
- evaluation of disease prevention and control interventions.

Disease prevention and control activities are developed and carried out within a strategic partnership framework that includes the provinces and territories, non-government organizations, voluntary health organizations, international agencies and Branches within Health Canada such as HPB, HPPB and MSB. For further information please see the Laboratory Centre for Disease Control Web site at

< [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/hp\\_eng.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/hp_eng.html) >.

### Priority 1.D.1

Improve risk management frameworks by developing and updating guidelines, policies and programs addressing new considerations and information, and incorporating a decision-making process that includes an informed public.

### Accomplishments

- provided increased access in electronic and print form to evidence-based public health information by renewing the LCDC Web site to provide additional information. Information also continues to be provided through *Canadian Communicable Disease Reports* and through the provision of guidelines and other information concerning infectious, communicable and chronic diseases in electronic and print formats. Made a commitment to provide new tropical



health and quarantine information for the benefit of international travellers. This information is provided through a variety of approaches including the publication of guidelines, fax link and Web site postings,

< [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp_e.html) >

and the provision of *International Travel Health Information: Guidelines for Health Professionals* to Canadian health professionals.

### **Priority 1.D.2**

Develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations.

#### **Accomplishments**

- expanded the national migration medicine strategy into a collaborative effort with the US, the UK and Australia to develop a decision-analytic health risk assessment model for the screening of migrant applicants for infectious diseases. To date, work has been undertaken to determine the impact of screening versus not screening immigrants for HIV/AIDS, tuberculosis and Hepatitis B. The project will continue until 2000. The work to enhance the activity concerning travel medicine continues to evolve, as does the development of a national strategy for the prevention and control of tuberculosis.

### **Priority 1.D.3**

Modernize the regulatory framework for risk management.

#### **Accomplishments**

- undertook a major legislative initiative to update and revise the *Quarantine Act* and Regulations.

### **Priority 1.D.4**

Enhance health surveillance systems.

#### **Accomplishments**

- completed development of an effective integrated surveillance system to provide epidemiological and laboratory data on the changing patterns of blood-borne infections including HIV/AIDS. In addition, four HIV cluster outbreaks were investigated;
- established an extensive surveillance and laboratory program to address antimicrobial resistance in microorganisms such as tuberculosis and nosocomes (hospital derived infection). The objective is to investigate, monitor and control the emergence of antibiotic-resistant microorganisms such as methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococci*;





- reached agreement with the Coalition of Cancer Surveillance on a set of standards for the registration of data on progress of cancers and developed a set of core indicators for the screening of cervical cancers. The standards and core indicators are designed to ensure that the women of Canada are provided with a standard approach to cervical cancer examination. They will also ensure that data on cervical cancers is consistent across Canada;
- developed a research agenda for blood-borne pathogens and a comprehensive surveillance and investigation system for tracking blood-borne diseases by establishing the organizational structure to:
  - a) eliminate the transmission of blood-borne pathogens in the Canadian blood supply;
  - b) reduce the incidence of existing blood-borne infections in the Canadian population;
  - c) detect emerging blood-borne infections.

#### **The annual Economic Burden of Infectious & Chronic Diseases**

- economic burden of illness in Canada is approximately \$160 billion;
- direct costs for treatment of disease are about \$72 billion;
- about 60% of these direct costs can be allocated to 18 disease categories;
- of the total costs, approximately \$3 billion is associated with infectious/ parasitic disease and blood-borne disease;
- the remainder are associated with treatment and indirect cost for chronic diseases such as cardiovascular disease, cancer and injuries.



## Service Line E: Occupational Health and Safety Agency (OHSA)

### Objective

To provide a broad range of direct occupational and public health and safety services and advice to all levels of the public sector, as well as federally regulated and non-government organizations. To continue to work with other parts of Health Canada to protect the health of the Canadian population from incoming quarantinable diseases. To protect the health of visiting VIPs in Canada.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	29.9	26.2	24.7
Expected revenue	(6.2)	(6.2)	(4.1)
Net expenditures	23.7	20.0	20.6*

\* This represents 7.7 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

The Occupational Health and Safety Agency (OHSA) has primary responsibility for this service line. Its objectives are to provide a broad range of direct occupational health and safety services and advice to public sector customers to assist them in protecting and promoting the occupational health and safety of their employees. These services include

medical assessments and examinations, industrial hygiene investigations and surveillance, occupational health nursing, employee assistance services, and health education and training. OHSA works in partnership with customers to oversee workplace health and safety for public sector, federally regulated industries and non-government organizations.



OHSA staff inspecting safety equipment.

In the area of quarantine services, OHSA's work must meet the requirements of the Canadian *Quarantine Act*, the World Health Organization International Health Regulations, and the Human Pathogens Importation Regulations of the *Department of Health Act*. For its VIP service, OHSA works within the Geneva Convention under which a host country is responsible for providing health care to visiting dignitaries during their official visits. OHSA plans and coordinates medical contingency and emergency plans, determines the level, extent and availability of medical care, and provides food inspection services.

For further information please see the OHSA Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsi.htm> >.

### **Priority 1.E.1**

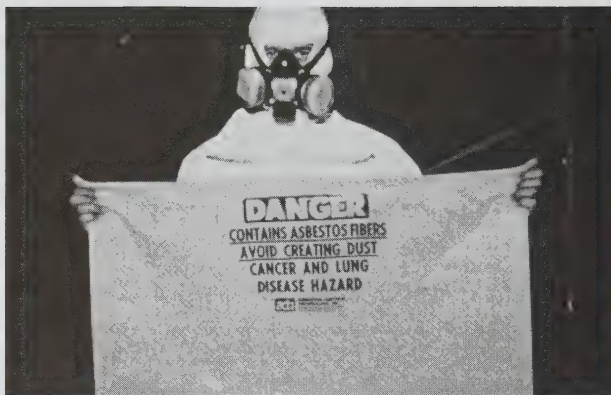
Convert some Health Canada operations to Special Operating Agency (SOA) status and develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations.

#### **Accomplishments**

- continued to move OHSA toward full SOA status and full cost recovery. At the request of customer departments, a transition period has begun. Revision of documentation, including the business plan and framework has commenced. Initial discussions with Treasury Board are under way;
- moved the Quarantine Program to cost recovery for the deratification inspection program which has saved the international shipping industry substantial amounts of money. Prior to cost recovery being implemented, the program was provided from 8 am until 4 pm weekdays in designated (typically large) ports only. Now it is provided during daylight hours, seven days a week. Vessel operating costs range between \$10,000 and \$25,000 per day plus dockside fees of \$2,000. A weekend enforced port stay while waiting for a deratification certificate could cost a vessel \$55,000 plus two days loss of revenue. With deratification fees set at \$445 in designated ports, the savings are substantial. Agents and owners continue to comment on the efficiency of this service and the way the service has improved with cost recovery;
- began recovering costs associated with the provision of the cruise ship inspection program as of April 1, 1998. The inspections are provided in compliance with a World Health Organization international agreement to ensure the protection of the traveling public as well as citizens in the ports of call;
- worked to harmonize inspection and outbreak response services for food and water-borne illness with those of the US. OHSA developed service standards in partnership with industry and has made a commitment to industry to meet these standards. A customer satisfaction questionnaire was developed to receive immediate feedback on the inspection service provided. In addition, a yearly review meeting is set up with industry to evaluate OHSA's efforts and to discuss a fee schedule for the following period;



- managed one major food-borne outbreak and provided the operational arm during a land-based respiratory illness outbreak. OSHA worked cooperatively with ship operators by letting industry take the forefront in preparing cleansing plans, media lines etc. while ensuring that health standards were met



An OSHA staff member involved in asbestos removal.

and offering expert advice when necessary. This worked particularly well and received high praise from industry. As well, staff involved received a Deputy Minister's Award for their efforts during the outbreak;

- co-ordinated the private sector traumatic stress services provided to the recovery crews on behalf of the Transportation Safety Board through its regional office and the traumatic stress management and employee assistance services when Swissair Flight 111 crashed in the ocean off Nova Scotia. In the words of the Minister: *"When Swissair Flight 111 crashed off the coast of Peggy's Cove, a virtual army of volunteers, fishers, law enforcement officials, the military, government departments and agencies quickly swung into action. You were a part of, and a very critical part of that response. You were there to provide counseling and support, in many ways, to those working on the massive recovery operation. You were there in the first hours and through the first 100 days. And, many of you I know, continue to provide caring and support. As Minister of Health, I am extremely proud of your accomplishments, carried out under such stressful and demanding circumstances. I am honoured to have professionals of your caliber working with my Department."* For their efforts staff received the Deputy Minister's Award for Team Excellence.





## Service Line F: Emergency Services (ES)

### Objective

To support health care and social service systems when disasters occur.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	2.6	2.8	2.9
Expected revenue	(0.1)	(0.1)	(0.0)
Net expenditures	2.5	2.7	2.9*

\* This represents 1.1 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

Health Canada carries out the following activities in support of this service line:

- maintains a stockpile of goods and equipment needed to respond to natural disasters, such as floods or earthquakes. Periodic reviews are made of emergency stockpile requirements, and improvements are made accordingly;
- plans for emergencies through consultations with federal and provincial partners on the health component of national plans, and on issues such as heavy urban search and rescue operations;
- provides support to municipal and provincial health and social service systems when disasters occur;
- develops a program to support emergency workers, as well as conducts training and education activities.

For further information please see the Emergency Services Web site at

< [http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index\\_e.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_e.htm) >.

### Priority 1.F.1

Improve the risk management framework of the Emergency Services Program by reorganizing and restructuring i.e. changing focus from responding to nuclear war to preparing for natural and man-made disasters.

### Accomplishments

- developed a new threat and risk assessment tool;
- completed a major review of the national emergency supply system and made recommendations for a refurbishment and reconfiguration process to ensure that the system will continue to meet the needs of Canadians affected by disasters;



- revised and updated training standards and resource materials for courses in emergency health and social services planning for the community. These national standards have been provided to the provincial emergency health and social services directors.

### **Priority 1.F.2**

Develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations.

### **Accomplishments**

- continued to support the provinces in their response to a variety of disasters such as forest fires, floods, etc. Also active with other branches of Health Canada, notably the Laboratory Centre for Disease Control, and with Canadian immigration officials in coordinating the provision of family support workers to assist the Kosovo refugees;
- completed a review, with input from provincial emergency health and social services, of the priorities for, and the contents of, the stockpile of emergency supplies based on the lessons learned from the Saguenay flood of 1996, the Manitoba flood of 1997, and the Ontario and Quebec ice storm of 1998;
- completed writing of course training standards; a pilot course was evaluated; resource materials were developed and shared with provincial emergency health and social services; and additional training requirements were identified during the stockpile review.

## Service Line G: Pest Management (PM)

### Objective

To protect human health and the environment by minimizing the risks associated with pest control products, while enabling access to pest management tools, namely, these products and sustainable pest management strategies.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	24.4	25.7	26.3
Expected revenue	(10.4)	(7.5)	(7.8)
Net expenditures	14.0	18.2	18.5*

\* This represents 6.9 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

Established in 1995, the Pest Management Regulatory Agency (PMRA) consolidates resources and responsibilities for federal pest management regulation. The mandate of the PMRA goes beyond health protection and includes the protection of the environment from risks posed by pesticides. The PMRA administers the *Pest Control Products Act (PCPA)*. Its functions include new product evaluation, registered product evaluation, compliance and support for sustainable pest management.

For further information see the PMRA Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/qcont-e.html> >.

### Priority 1.G.1

Establish a risk management decision process to protect health, safety and the environment from the risks of pesticides through the use of sound, progressive science, including innovative approaches to sustainable pest management.

### Accomplishments

- worked closely with the US Environmental Protection Agency (EPA) to develop and implement, in both the US and Canada, new risk assessment approaches and methods in light of the more stringent health-based safety standards for pesticide residues in foods established under the US *Food Quality Protection Act* of 1996;



- developed a proposal for the re-evaluation of all pesticides registered up to December 31, 1994 by the end of 2005-2006. This re-evaluation is necessary in order to assess and reconfirm the acceptability of older pesticides in the light of modern technology and scientific standards;
- completed the special review of carbofuran. Registration of granular formulations of carbofuran was suspended because they present potential high risk of harm to songbirds, small mammals and a wide variety of avian scavengers in the Canadian prairies;
- introduced requirements with respect to good laboratory practices to promote the quality and international acceptability of data generated in Canada to support pesticide registration submissions;
- as a first step in creating a national data base on products, active ingredients and location of use, the National Pesticide Sales Data Base Working Group, comprising federal and provincial regulators and industry and non-government organization representatives, conducted a pilot collection of sales data for organo-phosphorus and carbamate pesticides and is now examining models for pesticide classification that could be used for public outputs;
- developed the administrative monetary penalties process which is ready for implementation pending the promulgation of regulations;
- conducted over 2,000 investigations, inspections and consultations to promote and verify compliance with the *PCPA*. Compliance activities are coordinated regionally with provincial and territorial governments and other federal departments. Agreements were signed with eight provinces to formalize a collaborative approach to pesticide compliance programs.

### **Priority 1.G.2**

Develop partnerships, both regulatory and non-regulatory, at national and international levels that will harmonize and enhance operations and meet the needs of Canadians for an open, transparent and participatory regulatory process and for timely access to new, safer pest control products.

### **Accomplishments**

- established the Pest Management Advisory Council (PMAC) to provide a forum for stakeholders to develop advice on policies and issues relating to the federal pest management regulatory system. The Council's membership includes environmental, health, labour and consumer groups, academics and pesticide manufacturers and users;
- prepared proposed amendments to the *Pest Control Products Act (PCPA)* and Regulations to establish a modern, open and transparent risk management framework in law. The legislative proposals were discussed with PMAC in November 1998, February 1999 and May 1999. The Council's advice to the Minister of Health on whether or not to proceed will be submitted in September 1999;





- the Federal-Provincial-Territorial Committee on Pest Management and Pesticides continued to collaborate on programs, policies and issues related to pest management. The Economic Management Advisory Committee (EMAC) of pesticide manufacturers and users continued to provide strategic advice on streamlining operations and reducing costs;
- reduced the 1995 backlog of 1,000 complex pesticide submissions to 17 in 1998-1999. Significant scientific issues must be addressed in order to complete the remaining 17 submissions;
- received approximately 2,000 new applications respecting pest control products, and made regulatory decisions on approximately 2,200. For complex submissions to register new pesticides or for new uses of registered pesticides, PMRA met the performance standard for the review of these submissions more than 90 percent of the time;
- formalized the user requested minor use registration program to enable user groups to encourage pesticide companies to seek registration for products already registered in the US or other OECD countries that due to potential low volume of sales might otherwise not be registered. The first two products to be registered under this program were Retain, a pre-harvest drop control agent for apples, and Upbeet, the first product available in Canada for the control of velvetleaf in sugar beets. The first pheromone to fight insect damage to cranberries was accepted for consideration under the program;
- gave simultaneous registrations from the PMRA and the US EPA to the first jointly reviewed herbicide;
- an international cooperative pilot project including Canada, the US, Australia and the European Union resulted in the PMRA and the EPA accepting a herbicide for the control of wild oats and certain broadleaf weeds in wheat for registration;
- received the first application for a joint review by Canada, US, and Mexico using the recently developed standard OECD format.

### **Priority 1.G.3**

To effectively manage the human and financial resources of the PMRA..

#### **Accomplishments**

- released a comparative analysis and assessment of performance, program cost and cost recovery of PMRA against regulatory programs in the US, the UK and Australia, conducted by an independent consultant. Although the PMRA's performance standard for complex submissions is longer than that of the UK or Australia, its performance standard for joint reviews conducted with the US EPA is better than the average performance of the other three countries. The study found that for registration activities, PMRA's relative efficiency (i.e. weighted output relative to cost) is essentially comparable to that of the US and is slightly lower than in the UK and Australia. The study pointed out that PMRA's level of cost recovery is in range with the others but that Canada lags behind other countries in re-evaluation of older pesticides;



- initiated a project to compare review processes using the world's first agrochemical product submission in Web browser-based format, as well as the same submission in Canada's first official computer-aided dossier and data supply format and in the traditional hard copy format;
- international harmonization and electronic submission and review processes will contribute to meeting the goal of a 40 percent reduction in the direct cost of reviewing submissions for new products over the period 1997-1998 to 2002-2003. The cumulative reduction as of March 31, 1999 (end of second year) is 23 percent.

### **Sustainable Development**

Establish partnerships with stakeholders for the development of sustainable pest management solutions.

- strengthened policy frameworks that support sustainability by finalizing an implementation strategy to formalize the application of the Toxic Substances Management Policy under the *Pest Control Products Act*;
- used the new joint review process developed under NAFTA to complete registration of the first jointly reviewed reduced-risk chemical, saving time and money. Simultaneous registration in May 1998, gave Canadian and US fruit growers equal access to the fungicide Cyprodinil (Vangard®), a newer, safer product for use on apples. For this achievement, the Public Service Award of Excellence was awarded to the Joint Review Team for Cyprodinil;
- the first pheromone for use in forestry in Canada, and the first that could be used against the destructive Eastern Pine Shoot Borer, was the subject of a joint review with the US. Pheromones are important tools in integrated pest management (IPM), a sustainable approach to pest management, combining biological, cultural, physical, and chemical tools to manage pests so that the benefits of pest control are maximized and the health and environmental risks are minimized;
- published the document *Integrated Pest Management (IPM) in Food Processing: Adapting to the Phase Out of Methyl Bromide* on behalf of the Methyl Bromide Industry Government Working Group, completing one of PMRA's IPM partnership projects. These projects, currently under way for potatoes, canola, apples, cranberries, aquaculture, spruce budworm and urban landscapes, coordinate the development of voluntary, national IPM strategies in cooperation with a range of partners including grower organizations, manufacturers, other federal government departments, provinces, research establishments and other non-government organizations;
- continued participation on the OECD Risk Reduction Steering Committee to develop risk indicators for pesticides and completed some critical first steps toward the development of regulatory approaches for evaluating endocrine disruption. Both activities will enhance regulatory processes that are based on the principles of sustainable development.



## Service Line H: Canadian Blood Secretariat (CBS)

### Objective

To provide Health Canada with a blood system policy, planning, and coordination capacity to ensure the Department's regulatory, surveillance, and blood governance program functions are coordinated in the best interests of all key players in the blood system.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Net expenditures	38.2	54.2	52.3*

\* This represents 19.5 percent of the Management of Risks to Health actual spending.

### Background

The Canadian Blood Secretariat was created out of the Blood Inquiry Secretariat in 1997 and given the mandate to coordinate the strengthening of Health Canada's blood surveillance and regulatory programs in accordance with the findings of the Commission of Inquiry on the Blood System in Canada (the Krever Inquiry). This includes planning and coordinating Health Canada's implementation of Justice Krever's recommendations, and developing and coordinating the strategic planning of the federal, provincial and territorial initiative on blood system governance.

For further information on the Government's actions on the Krever Commission recommendations please see the Health Canada Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/main/hc/web/english/archives/releases/9889bke1.htm> >

### Priority 1.H.1

Improve the the risk management framework for blood and blood products by supporting the federal role with the provinces and other health partners in the Blood System Governance Initiative.

### Accomplishments

- supported the federal role with the provinces and other health partners in the Blood System Governance Initiative by financing the transition period as the Canadian Blood Services and Héma-Québec took over the operation of the Canadian blood system from the Canadian Red Cross Society;
- developed a comprehensive national health risk management strategy for blood and promoted and financed blood research;



- continued to provide a collaborative focus for federal, provincial and territorial agencies, health institutions, private organizations and consumer interest groups in Canada within the context of a restructured national blood system.

### **Priority 1.H.2**

Modernize the regulatory framework for risk management of the blood system to address the findings of the Krever Inquiry, and restore faith in the blood system in the wake of the Krever Inquiry.

#### **Accomplishments**

Become the departmental focal point for coordinating the implementation of Justice Krever's recommendations. This work included:

- coordinating the implementation of recommendations directed at Health Canada in Justice Krever's interim and final reports; representing the federal government on a federal-provincial-territorial working group that provided a report on responses to Justice Krever's non-Hepatitis C assistance recommendations;
- seeking new resources to enhance Canada's blood safety program and outlining blood regulatory and surveillance policy direction in consultation with the TPP and LCDC;
- developing a national focus and coordination for dealing with operational policy issues related to blood, blood products, tissues and organs;
- assisting in the development of a national research and development agenda for blood-borne pathogens;
- assisting in the development of a national and international consensus on controlling and preventing transmission of blood-borne pathogens;
- assisting in the development of a comprehensive surveillance and investigation (hemo-vigilance) capability for dealing with blood-borne pathogens, including prions and HIV/AIDS.

### **Priority 1.H.3**

Improve Health Canada's own public health activities by providing support to the National Blood Safety Council (NBSC).

#### **Accomplishments**

- provided administrative, financial, secretarial, logistical and policy support to the NBSC, which was established to advise the Minister on matters of blood safety, and particularly on issues relating to blood regulation and national disease surveillance;
- supported the NBSC in hosting national open forums on blood-related topics such as *Methods of Reducing the Risk of Transmitting Viruses by Blood Components*, and *Shortages of Intravenous Immune Globulins and Other Plasma Products*.





#### **Priority 1.H.4**

Support litigation on blood issues by reviewing the Report of the Task Force on Compensation for Victims of Hepatitis C and making recommendations to the Minister.

#### **Accomplishments**

- provided records management, policy and administrative support to Justice Canada in negotiations and litigation relating to blood-borne diseases such as Hepatitis C, HIV and Creutzfeldt-Jakob Disease on behalf of Health Canada;
- coordinated responses to discovery undertakings, assisted in identifying witnesses (experts and deponents), represented Health Canada on the blood litigation group teleconferences, developed and maintained an extensive repository of departmental documents, files and material relating to the Krever Inquiry, the ongoing RCMP investigations, and other blood-related issues.



## Business Line 2: Promotion of Population Health (PPH)

### Objective

To promote population health through action on the social and behavioural determinants of health.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Net expenditures	207.8	202.8	201.6*

\* This represents 10.1 percent of the Department's actual spending.

### Background

Health Canada has adopted a population-health approach to maintaining and improving the health of Canadians. This approach recognizes that many factors in addition to the health care system strongly influence the health of individuals and population groups. It promotes disease prevention and individual and social action, and focuses on a range of factors and the way they interact in determining the health and well-being of Canadians. The framework of this approach features three life stages: childhood and youth, early to mid-adulthood, and later life. Within this life-cycle approach, Health Canada can take action on the broad range of determinants of health, as well as on priority health issues Canadians expect their government to address (e.g. substance abuse, HIV/AIDS, cancer and heart disease). More details can be found at the health promotion Web site at

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hpo/> >

or through *Wired Health*, the monthly health promotion magazine

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/wired/> >.

#### The determinants of health are:

- healthy child development
- health services
- personal health practices and coping skills
- social support networks
- biology and genetic history
- education
- employment and working conditions
- physical and social environments
- income and social status
- gender
- culture

## Priority 2.1

Improved health and health care through public empowerment, consumer participation and better informed Canadians.

### Accomplishments

- developed the *Blueprint to Promote a Population Health Approach in Canada* to provide the Department with a direction for action and leadership on population health in six strategic areas:
  - furthering development of the theoretical framework;
  - stimulating application to the public policy process;
  - improving the availability of evidence (data, information, knowledge);
  - developing a better understanding through marketing and education;
  - implementing population health initiatives for mobilization;
  - developing the organizational infrastructure to sustain the approach through institutionalization.
- designed frameworks and guidelines to assist government policy planners and stakeholders in developing and reviewing policies and programs using a population health approach;
- completed, in partnership with Canada Mortgage and Housing Corporation, the first phase of a three-phase study to identify the health impacts of housing. The information from this study will give the Department the ability to promote understanding in other federal departments about the health impact of their policies and programs and to appraise how findings from this study can be applied to health impact analysis;
- completed, in partnership with Statistics Canada, the Canadian Institute for Health Information, the Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Population Health and a pan-Canadian network of health researchers, the demonstration phase of the Canadian Population Health Initiative and secured resources for it;
- increased international research on the determinants of health through the development and support of research projects and analytical papers with national and international partners, facilitated the World Health Organization, European Region's adoption of population health concepts, and provided a consolidation of lessons learned about how population health ideas can be advanced within, and acted upon by, the restructuring of health systems in Canada;
- managed, in partnership with the Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Population Health, Statistics Canada, and the Canadian Institute for Health Information, the development of the *Second Report on the Health of Canadians*. This Report provides benchmark information for assessing progress in improving the health status of Canadians and is an important resource document for policy makers, practitioners, researchers and the public who want to understand and address challenges to health;



- worked with the provinces and territories to identify national goals in areas such as affordable health services and the reduction of preventable illness. These goals will enable policy makers across the country to monitor the health of Canadians;
- increased community capacity for action on or across the determinants of health by supporting time-limited projects sponsored by voluntary, non-profit, non-government organizations through the Population Health Fund. In 1998-1999, the Fund sponsored approximately 350 community-based projects. Evaluation results from these projects are not anticipated until 2002;
- launched the Canadian Strategy on HIV/AIDS. Key achievements in 1998-1999 included:
  - development of a performance reporting framework which serves as the basis for annual reporting to Treasury Board;
  - establishment of funding guidelines to support capacity building among Aboriginal communities;
  - convening of a national working group on rehabilitation in collaboration with Strategy partners.
- developed an integrated approach to the prevention and control of breast cancer by working with the provinces, territories, cancer agencies, major stakeholders and Canadian women;
- reached a consensus on the objectives for the public education component of the tobacco control initiative through consultations with provinces, territories and key non-government organizations. In line with the objectives, the Department worked to increase public awareness, knowledge and support for tobacco control measures through a variety of programs and social marketing activities;
- conducted policy forums and information sessions on issues surrounding abuse which led to the identification of best practices and gaps in information that will, in turn, further the federal role on the issue of family violence;
- released *Canada's Physical Activity Guide to Healthy Living* in 1998-1999 as well as completing the first year of a five year benchmark study to track the physical activity levels of Canadians. The information from this study will give the Department the ability to track improvements in the fitness and health of Canadians;

In collaboration with the BC Council for Families, Health Canada sponsored the Work Life Project, an innovative, multi-sectoral initiative to address the links among health, wellness and the workplace. This Population Health Fund project brings together governments, business, labour, and community groups to develop healthy workplaces for today's "sandwich generation" – employees who have growing responsibility for care of both their children and senior parents.





- hosted an international event on youth and drugs in Banff, Alberta. The report from the meeting, containing recommendations from youth from more than 22 countries, was submitted to the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem;
- released *Canada's Food Guide to Healthy Eating-Focus on Children 6 - 12: Background for Educators and Communicators*. This document provides ideas and information on *Canada's Food Guide to Healthy Eating* for educators, communicators and leaders working with children six to twelve years of age. To read *Canada's Food Guide*, see

### Satisfied?

In 1998-1999, 99% of the users of the National Clearinghouse on Family Violence indicated that the Clearinghouse provides a useful service; 97% found it easy to get materials; 99% were pleased with the service provided by staff; 51.2% of clients accessed the Clearinghouse through the Internet.

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/index.html> >

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/nutrition/pube/foodquid/foodguide.html> >;

- helped to increase the ability of professionals to respond to youth mental health issues, through the development of *Mauve*, a CD-ROM. The CD-ROM is a communications tool designed by youth themselves which covers such topics as life, love, school, friendship, family, depression, suicide, drug abuse, school drop-out and delinquency. Counselors, educators and other professionals are using this tool to help stimulate reflection and re-establish dialogue with youth;
- signed 11 agreements with the provinces and territories for the provision of alcohol and drug treatment and rehabilitation programs and services. This federal-provincial-territorial work will improve accessibility to effective substance abuse treatment and rehabilitation programs and services and enhance national sharing of information, research findings and best practices in substance abuse treatment and rehabilitation programs.



## Priority 2.2

Targeted initiatives to prevent disease and injury, and to cope with an aging population. For the Seniors Web site, see

< <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/> >.

### Accomplishments

- implemented, in collaboration with provinces and territories and other federal government departments and agencies, the *Plan of Action for the International Year of Older Persons*;

- provided, through the Population Health Fund, additional support in the range of \$4 million to approximately 50 national and regional projects to enhance awareness of seniors and aging issues in Canada;
- published a supplement to the Canadian Medical Association Journal entitled *Seniors' Heart Health*. This document provides information on the risk factors for cardiovascular disease among seniors and examines knowledge and awareness of seniors regarding these factors;
- identified risk factors most closely associated with decreasing bone mass density and increased fractures by supporting the analysis of the data of the *Canadian Multicentre Osteoporosis Study*;
- disseminated to various stakeholders across the country *A Participant Evaluation Guide: How are Health Reforms Affecting Seniors* to assist seniors' groups, service providers and others to evaluate the impact of health reforms on the availability, accessibility and quality of health care for seniors and their families.

### Priority 2.3

Optimal child development.

#### Accomplishments

- completed a review of regional and local evaluations to capture and share the results from community-based projects. These results were compiled in a workbook entitled *Learning to Action: The Community Action Plan for Children (CAPC)/Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) Experience*. For example, *Learning to Action* captures best practices and lessons learned in the area of effective training and supervision for CAPC projects that provide parental support and education. A workshop was subsequently held with regional program consultants who have, in turn, trained CAPC and CPNP project staff;
- consulted with over 400 stakeholders on the development and implementation of the Centres of Excellence for Children's Well-Being initiative. The Centres' role will be to undertake research, policy work and communication activities that enhance the understanding of, and promote action on the critical factors for healthy child development;
- provided a leadership role in working with all levels of government and health care stakeholders to develop programs that support healthy birth outcomes for at-risk pregnant women. Early evaluation results indicate that the projects are reaching women who fit the demographic profile targeted by the program;

There are 450 CAPC projects across Canada. On average, 67,000 children and their parents/caregivers participate in CAPC programs each week. More than half of CAPC households have incomes of less than \$20,000 and 38% of CAPC parents reported that they were lone parents.



- in partnership with Justice Canada, coordinated information for *Canada's Progress Report to the United Nations on the Rights of the Child*.

## Priority 2.4

Leadership on population health and accountability to the public.

### Accomplishments

- increased awareness to reduce deaths related to non-communicable diseases such as breast, cervical, and prostate cancer, cardiovascular disease, high blood pressure and diabetes through the development of clinical practice guidelines, professional education initiatives, and public education activities;
- increased awareness of the benefits of active living and other healthy practices at work through Canada's Healthy Workplace Award Program;
- released the second edition of the *Guide to Federal Programs and Services for Children and Youth* which provides information on programs administered by the federal government. This document lists 72 programs and contact information for each program;
- formalized the Interdepartmental Coordinating Committee on HIV/AIDS. The Committee has compiled an inventory of federal activities being undertaken to address HIV/AIDS to facilitate the identification of opportunities for collaboration among federal government departments.

Nearly 36% of the women in CPNP projects are less than 20 years old; 45% reported a monthly household income of \$1,000 or less and 38% are single.

### Sustainable Development

- developed a Web site based on the principles of community-based social marketing that offers tools, case studies and a planning guide to help individuals and communities take actions and adopt habits that promote sustainable development  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/socialmarketing/> >;
- convened workshops to increase awareness among professionals about how active transportation (any form of human-powered transportation such as walking, cycling, in-line skating) can meet the goals of transportation, health and the environment;
- completed a marketing campaign to increase public awareness about the health, safety and environmental issues related to school transportation;
- worked with non-government organizations and the Canadian Federation of Municipalities to develop and disseminate a directory of active transportation programs and resource materials.



**Accountability for Key Results****Primary Responsibility:**

Assistant Deputy Minister – Health Promotion and Programs Branch

**Co-Responsibility:**

Assistant Deputy Minister – Information, Analysis and Connectivity Branch





## Business Line 3: Aboriginal Health (AH)

### Objective

To assist Aboriginal communities and people in addressing health inequalities and disease threats and in attaining a level of health comparable to that of other Canadians, and to ensure the availability of, or access to, health services for registered First Nations people and Inuit.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	1,093.8	1,072.6	1,067.3
Expected revenue	(9.9)	(9.1)	(6.7)
Net expenditures	1,083.9	1,063.5	1,060.6*

\* This represents 53.2 percent of the Department's actual spending.

### Background

Serious health inequalities persist in the Aboriginal population. For example, rates of diabetes, tuberculosis, suicide and smoking are much higher than for the Canadian population at large. Research suggests that First Nations and Inuit children may be at increased risk for infectious diseases, are significantly younger and have longer than average periods of hospitalization and are more likely to be admitted to an intensive care unit compared to non-Native children. The Aboriginal birth rate is twice the Canadian average and the people 10 years younger than the general population - these factors are expected to drive up costs. Coupled with ongoing provincial health reforms, the rising costs of health care, socio-economic factors such as inadequate housing and low employment rates, there is growing pressure on resources that are already strained. Self-government and the transfer of health care services to First Nations and Inuit communities should pave the way for better health among First Nations and Inuit people. To improve the health status of First Nations and Inuit, the Department is striving to:

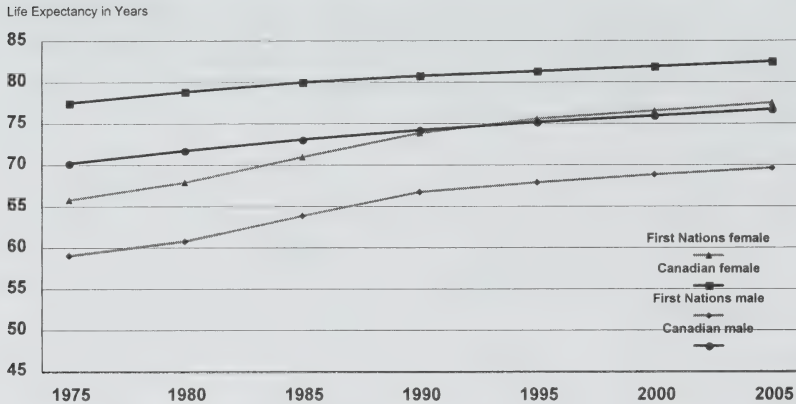
- increase the life expectancy for First Nations people to overall Canadian levels (see Figure 3);
- reduce the infant mortality rate (see Figure 4);
- reduce the rates of disease, injury and suicide to the national average (see Figures 5 and 6).

For further details, see the Medical Services Branch Web site at

< [http://www.hc-sc.gc.ca/msb/about\\_e.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/msb/about_e.htm) >.



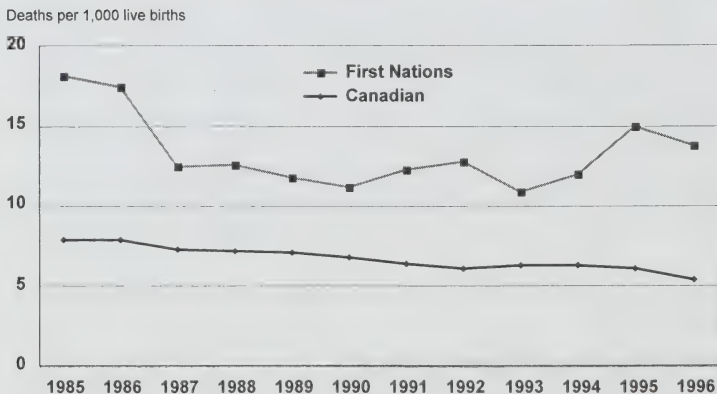
## Projected Life Expectancy at Birth by Sex among First Nations and Canadian Populations, 1975 - 2005



Source: Population Projections of Registered Indians, 1996 - 2021, DIAND 1996

Figure 3

## Infant Mortality Rates Among First Nations\* and the Canadian Population 1985 - 1996



Source: Medical Services Branch and Statistics Canada

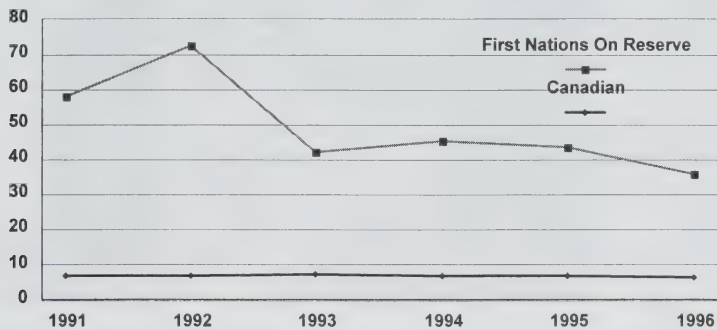
\*British Columbia data were not included in the rates for 1985 and 1986. Rates since 1987 no longer include NWT First Nations because of the transfer of health services to the Government of the NWT.

\*Rates for 1995 and 1996 do not include the Atlantic region because no data were available.

Figure 4

## Age Standardized Rates of Tuberculosis among First Nations On Reserve and the Canadian Population 1991 - 1996

Age Standardized Rates of Tuberculosis

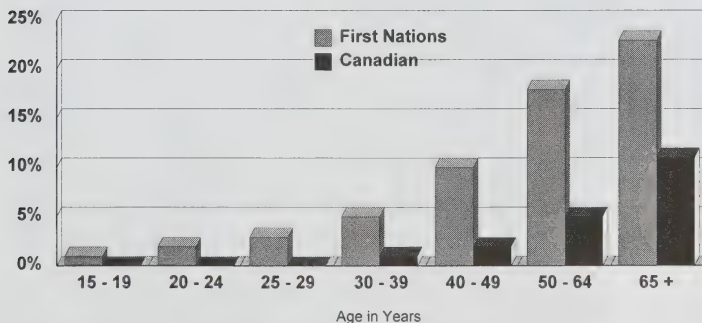


Numerator data from LCDC; denominator data from DIAND

Figure 5

## Percentage of People with Diabetes by Age among First Nations and the Canadian Population

Percentage



Source: Aboriginal Peoples Survey (1991); National Population Health Survey (1994)



Figure 6

### Priority 3.1

Work to eliminate the health inequalities gap between Aboriginal people and the general public.

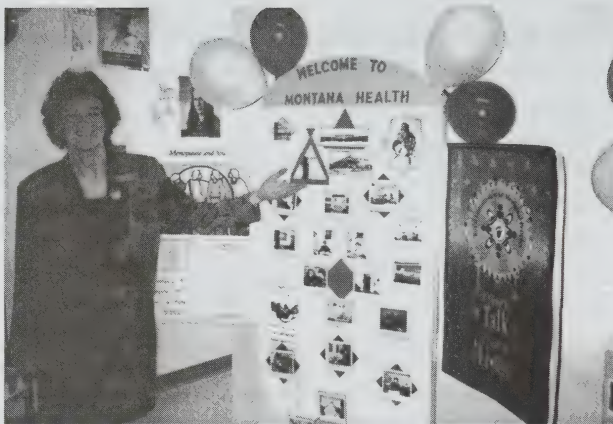
#### Accomplishments

Aboriginal people take a holistic view of health, one that includes physical, social, emotional and spiritual well-being. The focus is not on the individual alone, but on the family and community as well.

This approach

underlies the community-based programs provided by Health Canada to the First Nations people living on reserve and to the Inuit. Over the reporting period, Health Canada:

- consulted Canada-wide with First Nations, Inuit, Metis and urban Aboriginal people to identify First Nations' and Inuit needs and priorities with respect to diabetes care and management. These findings will be used in the development and implementation of the Aboriginal Diabetes Initiative announced in the 1999 budget;
- developed a national nurse recruitment and retention strategy to be implemented in 1999. Nurse recruitment activities were expanded in an attempt to address immediate critical shortages;
- approved 289 projects in the first year of the expansion of the Aboriginal Head Start (AHS) program to First



A community health nurse in a health centre introduces First Nations clients to available prevention and promotion health services.



A community health nurse in a nursing station prepares to examine the ear of a young patient.



Nations children living on reserve. This program addresses the needs of young Aboriginal children and their families. It prepares Aboriginal children up to six years of age for school by meeting their intellectual, emotional, spiritual, and physical needs. The urban and northern communities component increased the number of trainers in order to enhance AHS projects. A national evaluation and research framework were developed. The Department has also developed an accountability framework which will be used for implementing the Auditor General's recommendations;

- worked with a joint steering committee comprised of the Assembly of First Nations, the Inuit Tapirisat of Canada, the Native Women's Association of Canada, the Metis National Council and the Congress of Aboriginal Peoples to develop a design framework for an Aboriginal Health Institute. This Institute will create networks in areas of health research, information, traditional healing and capacity building. Plans are to move forward for implementation of the Institute in the fall of 1999;
- developed a framework for the telehealth project and completed the needs assessment process. Proposals from telehealth vendor companies are now being reviewed;
- developed and implemented a First Nations Health Information System in 151 health facilities located in First Nations and Inuit communities. This system will be used for conducting health and program surveillance activities to identify trends and emerging issues.

The Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program provides supplementary health benefits to more than 650,000 First Nations, Inuit and Innu. NIHB benefits meet medical or dental needs not covered by provincial services or other health plans - prescription and over-the-counter drugs, medical supplies and equipment, dental services, vision care, mental health counseling, and transportation to

medical services. Health Canada is constantly working to make the plan more cost effective and responsive to the health needs of clients. Over the reporting period, the Department has:

- accelerated the use of automated management systems to increase plan efficiency for all benefits;

**NIHB Expenditures by Benefits 1998-1999 (\$ millions)**

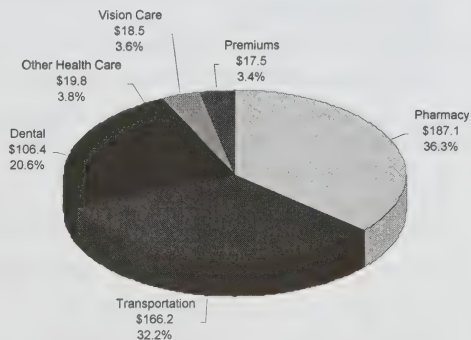


Figure 7



- strived for universal provider operations in a real time claim adjudication point of service;
- developed and implemented management strategies to optimize utilization of available budgets. These have limited overall NIHB expenditure growth to 1.6 percent over the past year. Of particular note is the success in managing the pharmacy benefit where a growth rate of 0 percent per capita was achieved at a time when double digit growth rates are common among other drug benefit plans;
- set market value provider fees in all regions;
- put in place additional cost management measures in the drug and dental programs, while protecting service delivery;
- updated the NIHB National Program Directives.

### **Priority 3.2**

Continue to build an effective, sustainable and Aboriginally-controlled health system.

#### **Accomplishments**

Increasingly, Health Canada is moving away from directly providing health services to First Nations peoples and to the Inuit. In view of facilitating the takeover of these health services by First Nations and Inuit, Health Canada has:

- worked to improve the focus and linkages to Indian and Northern Affairs Canada's self-government efforts in the broader context of the federal policy Gathering Strength;
- begun work on the development of the necessary frameworks and authorities needed to support self-government negotiations;
- provided relevant data, facts and models as appropriate to assist First Nations and Inuit communities pursuing self-government in health. Six out of 14 Yukon First Nations have reached a Program and Services Transfer Agreement for community-based health services as part of their self-government arrangements under the framework of the umbrella final agreement;
- played an advisory role in the implementation of the new government of Nunavut;
- initiated discussions with Inuit and First Nations organizations in the three territories in support of a tripartite approach to First Nations and Inuit health;
- to date, 344 First Nations and Inuit communities are involved in the transfer process;
- signed 211 agreements which transfer health services under First Nations and Inuit communities' responsibility;
- jointly developed and implemented, with Indian and Northern Affairs Canada, the Canada/First Nations multi-departmental funding agreement.



The NIHB's renewed mandate focuses on transferring the program to First Nations and Inuit control. In keeping with this mandate, the Department:

- transferred the responsibility for the NIHB health information claims processing system to First Canadian Health Management Corporation Inc., an Aboriginal joint

venture. The new claims processing system has improved the capacity to manage pharmacy and medical supply and equipment benefits through a refined and intensified health provider audit program. This program reviews all NIHB claims in order to detect inappropriate health provider claims. A new part of the program is the next day on line audit component, which reviews health provider claims on line and reverses all claims that are deemed inappropriate based on NIHB criteria;

- continued to establish mechanisms with First Nations and Inuit organizations to ensure ongoing input into the management of benefits provided under the NIHB program and to support the transfer of the NIHB program to First Nations control. Sixteen pilot projects for the provision of transportation, vision care, medical supplies and equipment, and dental benefits have been approved.

Health Canada continues to work towards the transfer of its remaining departmental hospitals to First Nations and Inuit control, with the exception of one which is scheduled to close. During the 1998-1999 period, the Department:

- continued negotiations regarding hospital replacement in Inuvik (NT) and renovations for the Baffin General Hospital in Iqaluit (Nunavut);
- undertook a study on the future of the Norway House facility in Manitoba;
- continued discussions with First Nations about alternative use of Manitoba's Percy E. Moore facility;
- reached an agreement between the Department, the province of Ontario, the town of Sioux Lookout and the Nishnawbe-Aski Nation to proceed with the amalgamation of the federal Sioux Lookout Zone Hospital and the provincial hospital located in Sioux Lookout, ON;
- made progress towards health assessment planning for hospital services and negotiation for a new hospital service agreement in Moose Factory, ON;
- negotiated the closure of the Blood Indian Hospital in Alberta.

NIHB Annual Expenditures (1988-1989 to 1998-1999)

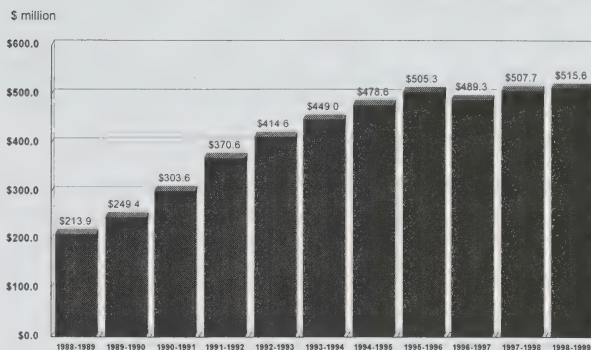


Figure 8



## **Sustainable Development**

### **Objective**

To work with Aboriginal peoples in order that their knowledge and experience can strengthen Health Canada's approach to sustainable development.

### **Background**

Health Canada recognizes the special relationship that First Nations and Inuit people have with the environment. Under the Aboriginal Health business line, the Department works with First Nations and Inuit people to link sustainable development with Aboriginal concepts of health and the environment.

The building of a sustainable, well integrated system with the ultimate goal of First Nations and Inuit control of their health services will be achieved through the development of strong relationships and partnerships with First Nations and Inuit. The Department also, through environmental and health programs and initiatives, actively pursues goals related to sustainable development and Aboriginal health, in partnership with First Nations and Inuit people.

### **Accomplishments**

- continued support of First Nations project proposals for research and analytical assessments of environmental contaminants;
- included, as appropriate, environmental clauses in agreements with First Nations and Inuit communities;
- completed the drinking water safety program, enabling more than 100 Aboriginal communities to operate their own water quality monitoring systems. A protocol for the identification and clean-up of mould in First Nations housing was completed, and is now being used by environmental health officers in the field. The "training the trainers" program on the transportation of dangerous goods and biomedical waste was also re-evaluated, to ensure that transportation of these hazardous items is done in an efficient, safe and sustainable fashion;
- concluded the nine year EAGLE project (Effects on Aboriginals from the Great Lakes Environment). The Lesser Slave Lake health study also came to a close, and meetings were held to discuss the results with the communities. By surveying eating patterns and levels of contaminants in tissue, communities have been able to provide high quality information for health protection strategies. These two studies will serve as a model for future surveillance, monitoring, and research conducted in Aboriginal communities;
- created an environmental management system data base to make it possible for environmental health officers and facility managers across the country to report contamination. Together with First Nations, completed a framework for the management of fuel tank systems and fuel impacted soils. A spill response mechanism was developed, and petroleum-hydrocarbon contaminated soil at Bearskin Lake, ON was remediated.





**Accountability for Key Results****Primary Responsibility:**

Assistant Deputy Minister- Medical Services Branch

**Co-Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Health Promotion and Programs Branch



## Business Line 4: Health System Support and Renewal (HSSR)

### Objective

To ensure the long-term sustainability of a health system having significant national character.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Net expenditures	82.0	34.8	30.6*

\* This represents 1.5 percent of the Department's actual spending.

### Background

The preservation and modernization of the Canadian medicare system in a constantly changing landscape is the main concern of the Health System Support and Renewal (HSSR) business line. While provincial and territorial governments are responsible for the delivery of health care, the federal government is charged with ensuring that Medicare services across Canada follow the principles and provisions of the *Canada Health Act (CHA)*, and creating a national consensus on how to: ease financial pressure on the public and private sectors; maintain universal access to appropriate health care; and achieve a better balance among health care, disease prevention and health protection and promotion.

### Priority 4.1

Access to health services that are consistent with the principles of the *CHA*: universality, portability, accessibility, public administration and comprehensiveness.

### Accomplishments

- negotiated with Manitoba the cessation of facility fees for insured services at private clinics. As a result, deductions from Canada Health and Social Transfer (CHST) payments to Manitoba were stopped in December 1998. Also, during the review period, a number of issues related to possible non-compliance in other areas of Canada were identified. Consultations with provincial and territorial officials resulted in some of these issues being rectified.

### Priority 4.2

Renewed and modernized health system in cooperation with the provinces and territories.



## Accomplishments

- worked with the provinces and territories to explore innovative approaches (including the use of information systems) to improve and support a more integrated health system;
- finalized the approval, announcement and signing of Health Transition Fund (HTF) contribution agreements for the first round of funding (44 projects), which began in 1997-1998. These projects included a national evaluation of the cost effectiveness of home care, as well as pilot projects on telemedicine technology aimed at improving health care delivery to rural and remote communities;
- completed the final round of HTF project selection. This process included bilateral work with the provinces and territories, and a competition for \$10 million for national projects. By the end of the 1998-1999 fiscal year, the first full year of operation for the HTF, another 88 projects had been approved while a number of others were in the approval process. As one example, a project was developed to test tools for the management of waiting lists. Given the long-term duration of most projects, results from projects will, for the most part, become available in the summer and fall of 2000. No further rounds of funding are planned;
- released, in the summer of 1998, reports from the Conference on National Approaches to Pharmacare and the National Conference on Home Care, co-hosted with Saskatchewan and Nova Scotia, respectively. These documents, together with important evidence generated through other HTF projects, help to inform stakeholders in the health care system about key developments and issues in these priority areas. To facilitate information dissemination, the Department has created a Web site listing HTF projects and reports  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/> >;
- agreed, through the Federal-Provincial-Territorial Conference of Ministers of Health, to a set of future directions and key priorities in the health sector to guide the collaborative work of the two levels of government as they work towards improving the health system and the health status of Canadians.

The HTF has provided funding for projects that are developing new information on key topics such as:

- the cost-effectiveness of home care;
- home care needs in First Nations and Inuit communities, and in rural communities;
- the need for palliative care services.



## Priority 4.3

Improved balance among care, treatment, prevention and promotion, and improved cost effectiveness of the health system.

## Accomplishments

- worked with the provinces and territories to promote adoption of common standards, planning tools, terminology and reporting systems for home care and to increase knowledge about best practices in order to develop a proposal for future investments based on evidence; developed tools with provincial and territorial governments and stakeholders to improve the affordability and sustainability of existing drug plans such as the National Drug Utilization Information System, to promote fair and reasonable prices for all drugs, improved dissemination and uptake of selected clinical practice guidelines and increased sharing of drug evaluation information between jurisdictions;
- created a focal point for collaboration with the provinces, territories and other partners to facilitate the development of the home and community care sector as an integral component of a coordinated and comprehensive health care system for Canadians;
- supported the development of a series of research projects, in collaboration with provincial and territorial partners, to improve available knowledge about continuing care and home and community care. This work focused on projected client needs, performance indicators for continuing care, demographic and epidemiological trends and financial incentives and disincentives in continuing care;
- held a series of national roundtables to identify key partners and priorities for future action in areas of policy, knowledge and infrastructure development to ensure that the home and community care sector evolves to meet the growing and changing needs of Canadians. The roundtables emphasized the importance of a partnership approach to home and community care in Canada;
- developed discussion papers to provide:
  - information on suggested values and building blocks to guide future development of home care;
  - a synthesis of provincial and territorial home care programs;
  - an overview of human resource issues in home care.
- launched initial steps to collaborate with Human Resources Development Canada to undertake a national home care labour sector study to ultimately make recommendations to improve labour issues in Canada;
- collaborated with the provinces, territories and other health stakeholders through the Federal-Provincial-Territorial Pharmaceutical Issues Committee to improve Canadians' access to medically necessary drugs by enhancing the affordability of Canada's current range of pharmaceutical insurance programs. This work has focused on drug prices, drug utilization and opportunities for achieving system efficiencies, and includes the following:
  - The Federal-Provincial-Territorial Task Force on Pharmaceutical Prices completed an examination of price and expenditure trends, price levels and cost drivers as they relate to prescription drugs in the six provinces participating in the study. The task force also conducted an inter-provincial price comparison of drug products;





- The Federal-Provincial-Territorial Task Force on Drug Utilization and the Canadian Medical Association jointly sponsored a roundtable on best practices as a step towards developing a collaborative pan-Canadian strategy on prescribing practices.

The benefits to Canadians from these initiatives are better pharmaceutical prices and improved prescribing practices.

- developed national approaches to Medicare renewal issues such as waiting lists, practice guidelines and health care professional resources. The Department's work toward this commitment to date is illustrated by the progress made on the following initiatives:
  - funded a research synthesis project to determine the nature, extent and characteristics of waiting lists for needed health care services. The study concluded that the creation and management of waiting lists are ad hoc and vary greatly among physicians based on individual approaches and criteria. As a result, in September 1998, the Minister announced a \$2 million, 18-month project to develop and test new standardized tools and systems for the prioritization of patient needs and waiting list management for selected health care procedures;
  - recently funded (in collaboration with the Federal-Provincial-Territorial Working Group on Regionalization, Performance Indicators and Outcomes) two research synthesis studies on existing frameworks and approaches in Canada and selected OECD countries, to ensure public accountability for health system performance and associated health outcomes.

The expected outcomes of all these projects will be improved access to and quality of health care.

#### **Accountability for Key Results**

##### **Primary Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Policy and Consultation Branch

##### **Co-Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Health Promotion and Programs Branch

Assistant Deputy Minister - Information, Analysis and Connectivity Branch



## Business Line 5: Health Policy, Planning and Information (HPPI)

### Objective

To foster strategic and evidence-based decision making within Health Canada and to promote evidence-based decision making in the Canadian health system and by Canadians themselves.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Net expenditures	110.1	288.4	288.1*

\* This represents 14.5 percent of the Department's actual spending.

### Background

The Health Policy, Planning and Information (HPPI) business line plays four key roles:

- helps develop national and major health programs, policies and strategic plans;
- helps promote the wide-ranging research needed to support Canada's health needs;
- promotes the development and application of innovative information systems and technologies in the health sector;
- makes health policy decision makers accountable for the effectiveness of their decisions in promoting better health.

In order to achieve its objectives, Health Canada undertook a structural initiative in November 1998 to establish the Information, Analysis and Connectivity Branch (IACB) in order to improve the generation and use of health-related information and research and to strengthen the Department's analytical foundations. Through the IACB, the Department improves the analytical basis of decision making; develops the long-range strategic framework and policies that establish, direct and redirect the involvement of the federal government in health-research policy and health-policy research; develops the creative use of the information highway in the health sector; and, in cooperation with the provinces and territories, the private sector and international partners, provides advice, expertise and assistance with respect to information management and information technology, planning and operations.



## Priority 5.1

Provide first-rate national health surveillance and health research information that is accessible to all Canadians.

### Accomplishments

- supported research projects and related activities by providing funding through the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), the Population Health Institute, and the National Health Research and Development Program. For example, the Department is co-sponsoring, with CHSRF, a project by McMaster University's Centre for Health Economics and Policy Analysis on "Values in Canadian Health Policy: What Are We Talking About?". The project provides a conceptual framework to help policy makers distinguish types of values among patients and caregivers and develop tools for researching and discussing those issues in a more focused way;
- co-sponsored with the Canadian Institute for Health Information and the Health Action Lobby the project, "The Evolution of Public and Private Health Care Spending in Canada, 1960 to 1997." The objective was to examine private sector health expenditures, clarify relationships between public and private sector expenditures, and identify data and information gaps in order to establish future research priorities. The benefit of this project is that it will help to advance our understanding of the public/private dynamics in the health sector, and provide a basis for future directions in policy research and analysis on this subject;
- implemented the health infostructure support program, providing \$8.7 million funding for 36 innovative projects, involving more than 30 health delivery organizations throughout Canada, in financial partnership with private sector companies which are contributing \$2.2 million;
- continued to support Health Canada's infostructure initiatives (First Nations Health Information System, National Health Surveillance System and the Canadian Health Network) including scoping, governance structure, consultation/partnership strategy and other important issues such as privacy, security, liability and intellectual property. These initiatives as announced in the 1999 Budget are supported by \$102 million in new funding over three years;
- released the final report of the Advisory Council on Health Infostructure, *Canada Health Infoway: Paths to Better Health*. The Council made 39 recommendations relating to health information for the general public, telehealth, ensuring access, legislative mechanisms for ensuring privacy and an Aboriginal Health Infostructure. A response to this report is due in the fall of 1999;
- launched an initiative to create the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) as announced in the 1999 Budget. The CIHR is now led by a 34 member interim Governing Council appointed by the Minister and is supported by a recently established Transition Secretariat;



- provided \$95 million to the Canadian Institute for Health Information to lead a pan-Canadian, integrated effort to improve data-gathering and information exchange that will be part of the Health Information Roadmap. Public reports will be produced on the health of Canadians and on the efficiency, effectiveness and responsiveness of the health care system, allowing Canadians to become informed partners in it.

## Priority 5.2

In the area of health policy and planning Health Canada:

### Accomplishments

- continued to work closely with the Federal-Provincial-Territorial Working Group on Continuing Care to develop new approaches for improving Canada's health system. To date, the Working Group has completed preliminary development of an analytical framework which will project the continuing care needs of Canadians to the year 2041. Other issues to be addressed include: performance indicators for continuing care, public/private service mix in continuing care, quantitative analysis of demographic and epidemiological trends on continuing care needs, research into the cost effectiveness of home care, and financial incentives and disincentives in continuing care. The benefits to Canadians of this initiative are a more integrated, cost-effective and efficient health system;

- conducted research on issues such as health determinants, health care access and utilization, and gender inclusive approaches to research and health service evaluation through the five Centres of Excellence for Women's Health program. This work contributes to closing a long-standing research gap about women's health, and to developing a base of information about how sex and gender link with other determinants of health to affect health status. The program continues until 2002 and a mid-point evaluation is being conducted. The work of the Centres of Excellence for Women's Health will contribute to making the Canadian health system more responsive to women's distinctive health needs by providing research and knowledge on issues such as mental health, substance abuse, sexual and reproductive health, access to health services, health protection, the role of social support networks and the impact of health system reforms;

Although living 6.3 years longer than men, women only enjoy 1.5 more disability-free years of life.

**Report on the Health of Canadians, September 1996**

- established a departmental Women's Health Strategy  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datawhb/womenstrat.htm> >

to ensure that the health system will be more responsive to women's health issues and needs. The Strategy will assess federal policies and programs on women's health, including every new Health Canada program or policy, for their potential impact on women's health. One of the benefits of this initiative is that





the Department is able to share information and actively collaborate with international organizations, such as the United Nations, World Health Organization and the Pan American Health Organization, in focusing on women's health;

- established ongoing communication and consultation mechanisms to ensure inclusion of key players in the policy development process. As part of this process, the Department has initiated dialogue and consultation, through roundtables, presentations and meetings with provincial and territorial governments and key stakeholders including service providers, home care providers, and representatives of professional organizations. The outcome of this process is that the development of departmental policies, for example, policies on the future enhancement and expansion of the home and community care sectors, will have benefited from the involvement of many groups of Canadians;
- released the final report of the National Conference on Health Infostructure which was co-hosted with Alberta Health and which brought together some 300 people from various sectors, including First Nations and Inuit, and international representatives to discuss the development of a Canadian Health Infostructure (CHI);
- carried out developmental work, in collaboration with provincial and territorial counterparts, leading toward the establishment of a formal mechanism for federal-provincial-territorial collaboration on health infostructure matters;
- established working groups, through the federal-provincial-territorial health chief information officer's forum, on Y2K, privacy, security, and standards. These led to the establishment of the Canadian Year 2000 National Clearinghouse for Health which involved negotiating a \$4.5 million federal-provincial-territorial initiative. The privacy working group is working toward a harmonized regime for privacy. The security working group is developing a national secure communications network and the standards working group is defining a framework for the standards business model in Canada;
- in advancing the telehealth priority:
  - developed terms of reference for a national telehealth task force;
  - supported the establishment of the Canadian Society for Telehealth;
  - provided support for participation in a G7/G8 special projects forum on telemedicine from an international global perspective;
  - undertook policy research and collaborative activities to identify the potential of and define the field of tele-home care, including the organization with CANARIE, of a consultation workshop.

At Health Canada, our commitment is to involve Canadians in key departmental policy development through effective consultation and communication.



## **Accountability for Key Results**

### **Primary Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Information, Analysis and Connectivity Branch

### **Co-Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Policy and Consultation Branch

Assistant Deputy Minister - Health Promotion and Programs Branch

Assistant Deputy Minister - Health Protection Branch

Assistant Deputy Minister - Medical Services Branch

Regional Directors General



## Business Line 6: Corporate Services (CS)

### Objective

To support the delivery of Health Canada's programs through the provision of administrative services, and through the provision of advice and direction to senior management regarding the effective and efficient use of resources.

### Financial Information

(millions of dollars)

	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
Gross expenditures	89.5	157.1	147.3
Expected revenue	(1.3)	(1.3)	(1.2)
Net expenditures	88.2	155.8	146.1*

\* This represents 7.3 percent of the Department's actual spending.

### Background

Corporate Services provides a complete line of administrative services across the Department:

- financial planning, systems, and administration;
- human resource planning, development, and operations;
- information management, including information technology;
- asset management, including the acquisition of goods and services;
- occupational health, safety and security;
- Ministerial and Deputy Ministerial correspondence.

In addition, Corporate Services supports the overall management of the Department's resources by:

- providing functional direction and advice to program managers;
- integrating resource options, assessments, plans and reports;
- promoting modern comptrollership practices;
- undertaking internal audits.



### **Priority 6.1**

Support the ongoing strengthening of Health Canada's work force.

#### **Accomplishments**

- completed assessments of all positions in key groups in scientific, economic and program functions to identify staffing needs over the coming years;
- developed, in partnership with the Public Service Commission, an automated inventory of approximately 1,800 available people for staffing key science positions, as required;
- actively participated, in partnership with the Public Service Commission, in campaigns to recruit post-secondary graduates, especially for positions in economics and nursing;
- established pilot career development programs for junior and intermediate level officers and introduced a Department-wide Management Development Program to strengthen the capabilities of those identified as having senior management potential.

### **Priority 6.2**

Ensure that human resource strategies incorporate official languages and employment equity objectives.

#### **Accomplishments**

- completed a review of staffing processes to identify operating practices and organizational cultures that create barriers to employment equity, and initiated corrective action where appropriate;
- established a fund for supporting language training across the Department;
- successfully implemented the second year action plan for the staffing of persons in a visible minority.

### **Priority 6.3**

Enhance the Department's capabilities to manage its financial resources.

#### **Accomplishments**

- implemented, on March 31, 1999, the Systems, Applications, Products (SAP) integrated financial and matériel management system which is Y2K compliant and which will strengthen the Department's capabilities for horizontal reporting and accrual accounting, as well as the integration of financial and performance information, in accordance with the government-wide Financial Information Strategy;
- made effective use of information technologies in managing financial resources, including the introduction of additional hardware, software and support services with the implementation of the SAP system.





## **Priority 6.4**

Make effective use of information technologies.

### **Accomplishments**

- became the first member department of the government-wide Public Key Infrastructure initiative. This is a significant milestone in Health Canada's Secure Electronic Delivery initiative which provides common information technology (IT) security solutions for electronic service delivery and facilitates the sharing of systems and information between the Department and both public and private organizations;
- revised and disseminated the Department's records management policy which provides direction concerning the life cycle of departmental information assets;
- established an IT planning and preparedness capacity to undertake strategic IT and architecture planning and development initiatives, including the full testing of new technologies prior to their introduction on the Department's Enterprise Network.

## **Priority 6.5**

Improve the Department's capabilities to manage its assets.

### **Accomplishments**

- implemented a procurement module for the SAP system, as well as electronic access to Health Canada's matériel management policies, to improve the efficiency of processes for purchasing and managing the Department's physical assets;
- developed and introduced, in accordance with commitments made in Health Canada's 1997 Sustainable Development Strategy, an Environmental Management System which will support the reduction of adverse impacts of Departmental operations on the environment;
- supported the government-wide Procurement Strategy for Aboriginal Businesses through various initiatives, including the establishment of an Aboriginal supplier inventory for the Department.



### **Accountability for Key Results**

#### **Primary Responsibility:**

Senior Assistant Deputy Minister - Corporate Services Branch

#### **Co-Responsibility:**

Assistant Deputy Minister - Information, Analysis and Connectivity Branch

Regional Directors General

Director Internal Audit



## SECTION IV: CONSOLIDATED REPORTING

---

### **Year 2000 (Y2K) Readiness**

---

#### **Year 2000 Project**

---

The mandate of Health Canada's Year 2000 project directorate is to establish a focal point for coordination of Year 2000 activities under way at all levels within Health Canada and to provide leadership, where required, by:

- implementing the management infrastructure to ensure the Department meets its Year 2000 commitments;
- developing clear, consistent messages with respect to the Department's Year 2000 undertakings;
- monitoring departmental systems readiness including government-wide mission critical systems in Medical Services Branch and Health Protection Branch, department-wide mission critical systems, embedded systems and preparing departmental contingency plans;
- working with branches to provide support and to identify gaps/areas of potential risk and progress against plans;
- collecting, analyzing and providing information to the National Contingency Planning Group Year 2000 on: the readiness of hospitals and other health care facilities; the Department's regulatory responsibilities; and, in cooperation with Environment Canada, on water and sewage treatment facilities;
- advising departmental executive management on progress against plans;
- providing linkages to central agencies.

#### **Accomplishments**

##### **Departmental Preparedness**

- by March 31, 1999, the overall readiness of Health Canada's government-wide mission critical information technology systems was 92 percent complete and that of its embedded systems was 82 percent complete, a combined index of 88 percent;

- the overall readiness of department-wide mission critical systems was at 88 percent on March 31, 1999;
- developed overview and governance structure, risk analysis and contingency plans for business functions and business continuity plans;
- prepared departmental and agency contingency and business resumption plans and associated training and testing.

#### **Regulatory Responsibilities (medical devices, blood and drugs) with Health Protection Branch**

- contacted over 2,000 manufacturers of medical devices. Responses indicated a generally high level of commitment on their part to address Year 2000 compliance issues;
- posted non-responding manufacturers on the Therapeutic Products Programme Web site  
< [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/y2k\\_md.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmleng/y2k_md.html) >;
- co-operated with provincial and territorial governments to disseminate the information to health care institutions;
- conducted audits of blood supply companies - Canadian Blood Services (CBS) and Héma-Québec;
- developed a critical list of drugs/manufacturers.

#### **National Contingency Coordination**

- developed a survey, agreed to by the provinces and territories, for the purpose of collecting Year 2000-related data on the readiness and contingency planning of hospitals and other health care facilities (health care sector);
- established collaborative working relationships with the provinces and territories;
- created a data base for the storage and processing of the survey data; established protocols for electronic transmission of the data to the National Contingency Planning Group;
- submitted preliminary Year 2000 readiness data related to the health care sector to the National Contingency Planning Group, as well as data on medical devices, the blood system and pharmaceuticals for input to the March 1999 National Infrastructure Risk Assessment.



## Communications

- developed a corporate communications strategy and implementation plan aligned with Treasury Board communications;
- prepared a series of fact sheets - "Y2K and Your Health" and a generic brochure; developed a wide and varied distribution strategy including federal-provincial-territorial colleagues and health sector associations; developed a Health Canada Y2K Web site  
< <http://www.hc-sc.gc.ca/2000/> >  
and provided information to the Government of Canada 1-800 Y2K enquiry line;
- completed fact sheets on topics including: medical devices, therapeutic drugs, radiation emitting devices and seniors.





## Matériel Management

Health Canada's Matériel Management Division is responsible for assisting and advising on the acquisition of matériel and services required to meet departmental program initiatives. In addition, it prepares assets for the implementation of new systems, processes and or initiatives and improves the efficiency of processes for purchasing and managing the Department's physical assets. The following examples support this mandate:

- completed a vetting and conversion process of Health Canada's data base of 72,000 assets to eliminate non critical assets from inclusion in the planned implementation of SAP;
- implemented a procurement module for the SAP system;
- implemented, in Lotus Notes, a Matériel Management Policy Center data base which serves as a reference in the areas of contracting, fleet, assets and inventory management;
- provided ongoing support of the government-wide Procurement Strategy for Aboriginal Businesses through various initiatives including the establishment of an Aboriginal supplier inventory for the Department and a Health Canada Aboriginal Informatics Technology Showcase.



## Sustainable Development Strategies

As sustainable development thinking is integrated more fully into all aspects of the Department's activities, it becomes increasingly difficult to report on the breadth of progress. This section highlights the more prominent activities that are providing Canadians with a healthier, more sustainable future. Detailed reporting of progress on the revised targets in the Department's 1997 Sustainable Development Strategy can be found in the *Report on Progress for 1997-1998* on the Health Canada Web site.

< [http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health\\_e.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_e.htm) >

Highlights include:

- creation of an Office of Sustainable Development, providing resources for interbranch coordination and identifying more quantifiable targets;
- developing a department-wide culture surrounding population health/sustainable development that acknowledges and focuses on all the social, cultural, economic and environmental determinants of health;
- implementing an Environmental Management System that ensures we manage operations in a manner that minimizes risks to human health and the environment, meets or exceeds applicable legislation and standards, and continually strives to reduce any negative environmental impacts associated with departmental decision making, activities, and physical operations;
- redeveloping the departmental health surveillance system by making it more efficient, internationally responsive, comprehensive, accessible and respectful of provincial/territorial needs and responsibilities;
- increasing stakeholder advice and information through advisory groups (e.g. Pest Management Advisory Council established in 1998), public consultations on a range of issues which affect Canadians, and developing an Office of Consumer Affairs and Public Involvement;
- taking those persons or groups who may face additional health risks (e.g. children, pregnant women and Aboriginal people) more fully into account in our pre- and post-market evaluation of products and chemicals under the *PCPA*<sup>1</sup>, *CEPA*<sup>2</sup>, *HPA*<sup>3</sup>, *FDA*<sup>4</sup>, *REDA*<sup>5</sup>, *CEAA*<sup>6</sup>;
- reworking the departmental risk assessment/risk management process to be more science based, comprehensive and responsive to sustainability issues;
- seeking partnerships and preparing international agreements to solve complex global problems which have direct impacts on the health of Canadians, such as bio-diversity, climate change and the long range transport of persistent organic pollutants (POPs);
- working with stakeholders to develop risk reduction strategies for dangerous substances, including contaminants of concern (e.g. supporting the adoption of Integrated Pest Management, work on North American Regional Action Plans for persistent organic pollutants and metals, bio-regional initiatives and the Strategic Options Process under the Toxic Substances Management Policy);

- developing, reviewing and revising health policies and legislation to ensure they meet the needs of a healthy Canada (e.g. the emerging Pest Management Regulatory Agency Risk Reduction Policy, renewing *CEPA*, the Federal Nuclear Emergency Plan, and the proposed Drinking Water Materials Safety Act).

---

1	<i>Pest Control Products Act</i>
2	<i>Canadian Environmental Protection Act</i>
3	<i>Hazardous Products Act</i>
4	<i>Food and Drugs Act</i>
5	<i>Radiation Emitting Devices Act</i>
6	<i>Canadian Environmental Assessment Act</i>



## Regulatory Initiatives

Health Canada continues to update and revise its regulatory system to more efficiently safeguard health, safety and the environment. The Department's initiatives protect the well-being of Canadians by managing risks associated with food, tobacco, the natural and work environments, and therapeutic, pest control, consumer and industrial products.

This section on Regulatory Initiatives covers the period January 1998 to March 1999. This is due to a change of reporting from a calendar year to the fiscal year. It integrates the legislative and regulatory initiatives identified in the 1997 Federal Regulatory Plan and other departmental publications. It reports on some Regulatory Initiatives proposed in the 1998 Report on Plans and Priorities.

### Major Legislative/Regulatory Initiatives

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Result	Performance Measurement Criteria	Outcome
Food and Drug Regulations (Good Manufacturing Practices [GMP] for Foods)  Second Reading of the Canada Food Safety and Inspection Bill is expected in fall 1999.	These GMPs would establish minimum manufacturing and distribution requirements considered essential for the safety of food products in Canada. The GMPs would provide a basis for harmonization of regulatory requirements across federal, provincial and territorial jurisdictions and with the <i>General Principles of Food Hygiene</i> as elaborated by the Codex Alimentarius Commission.	The progress of the food industry in establishing measures conforming with the GMPs, along the entire continuum of production, manufacturing and retailing of foods would be measured through the inspection, compliance and enforcement activities of the Canadian Food Inspection Agency (CFIA).	The GMPs have been developed but the regulations have been delayed due to the formation of the CFIA and the legislative renewal process under way in Health Canada and the CFIA.  It has been suggested that the proposed GMPs be incorporated into the consolidated federal food regulations under the proposed Canada Food Safety and Inspection Act.





## Major Legislative/Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulation / Legislative Initiative	Expected Result	Performance Measurement Criteria	Outcome
<p>Food and Drug Regulations (Nutrient Content Claims)</p> <p>Regulations are being drafted for publication in <i>Canada Gazette</i>, Part I.</p>	<p>To provide the consumer with nutrient content claims that</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- are consistent, accurate and non-misleading;</li> <li>- are based on health criteria and support dietary guidance;</li> <li>- are not in conflict with health and safety issues, but still take into account economic and trade considerations.</li> </ul>	<p>Reduced number of submissions on nutrition claims and reduced levels of compliance activity.</p>	<p>The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been published in <i>Canada Gazette</i>, Part II.</p>
<p>Food and Drug Regulations (Revision of Division 16 - Food Additive Tables)</p> <p>Amendments have been included in the Canada Food Safety &amp; Inspection Bill which will permit these revisions to proceed.</p>	<p>The new approach will give industry greater choice in the use of food additives, while continuing to ensure public safety.</p>	<p>Reduced food additive submission activity, reduced amendment of food standards, and a reduced number of compliance actions.</p>	<p>Contract is being planned to respond to and rectify deficiencies identified by Legal Services. Outcomes will begin to accrue one year following publication of Schedule of Amendments in <i>Canada Gazette</i>, Part II.</p>
<p>Food and Drug Regulations (Blood)</p> <p>Awaiting finalization of CSA standards for Blood</p>	<p>Health Canada is proposing to introduce new regulations and update others to ensure the safety of blood and blood components as well as tissue and organ transplants, including xenotransplants.</p>	<p>Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.</p>	<p>The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.</p>



## Major Legislative/Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulation / Legislative Initiative	Expected Result	Performance Measurement Criteria	Outcome
<p>Pest Control Products Regulations</p> <p>Amendments to the Regulations under the <i>Pest Control Products Act</i> are currently being drafted to update existing Regulations, and make provision for new matters to be included in the proposed new <i>Pest Control Products Act</i>.</p>	<p>Passage of the amended <i>Pest Control Products Act</i> will require changes to the regulations in the areas of public participation, access to information supporting pesticide registrations, registration types, protection of proprietary rights to data, reporting of adverse effects and a national pesticide data base.</p>	<p>Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.</p>	<p>The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.</p>
<p>Tobacco (Labeling) Regulations</p> <p>Regulatory proposals are being developed and publication in <i>Canada Gazette</i>, Part I is expected in fall 1999.</p>	<p>The proposal will increase the number of ingredients and emissions that must be declared on packaging, in order to increase consumers' awareness and concern about the hazardous nature of tobacco products; and require the display of graphics in the health messages. A consultation paper <i>Proposed New Labeling Requirements for Tobacco Products</i> was published and distributed to industry and interested parties in January 1999 to solicit their comments.</p>	<p>Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.</p>	<p>The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.</p>



## Major Legislative/Regulatory Initiatives (continued)

Purpose of Regulatory / Legislative Initiative	Expected Result	Performance Measurement Criteria	Outcome
<p>Tobacco (Promotion) Regulations</p> <p>Regulatory proposals are being developed and publication in <i>Canada Gazette</i>, Part I is expected in 1999-2000.</p>	<p>New regulations will be proposed that may impact the advertising and sponsorship promotion of tobacco products and accessories. The aim is to protect Canadians (especially young people) from inducements to use tobacco. A consultation paper <i>Options for Tobacco Promotion Regulations</i> was published and distributed to industry and interested parties in January 1999 to solicit their comments.</p>	<p>Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.</p>	<p>The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.</p>
<p>Tobacco (Reporting) Regulations</p> <p>Publication in <i>Canada Gazette</i>, Part I is expected in fall 1999.</p>	<p>The proposal is intended to expand the list of reportable ingredients and emissions, and will apply to all classes of tobacco products. To this end, a Health Protection Branch Information Letter was published on June 10, 1998 soliciting comments on these regulatory proposals. Comments were analyzed and, as a result, the regulatory text is being drafted by the Regulations Section (Justice Canada).</p>	<p>Determination of the performance measurement criteria will be established once the final format and content of the regulations are known.</p>	<p>The outcomes of this initiative will not be seen until after these regulations have been completed and published.</p>





## SECTION V: FINANCIAL PERFORMANCE

---

### **Financial Performance Overview**

---

The following financial summary tables are presented to provide an overview of Health Canada's 1998-1999 resource utilization along with prior years' comparative information. Again this year, Health Canada has strived to utilize resources in the most effective and efficient way possible, in an effort to ensure Canadians receive value for resources expended.

Overall in 1998-1999, Health Canada did not have significant lapses. A surplus of \$20.3M or one percent of the authorities in operating resources did occur, while \$4.6M in contributions or one quarter of one percent in contributions lapsed. These lapses were primarily attributable to delays encountered during the year in the start-up of new initiatives and the scheduling of payments of contributions to provincial and territorial governments, and to non-profit organizations in the health or social services field.

## Financial Summary Tables

### FINANCIAL TABLE 1

#### Summary of Voted Appropriations

Financial Requirements by Authority (millions of dollars)

Vote	1998-1999 Planned Spending	1998-1999 Total Authorities	1998-1999 Actual Spending
<b>Health Canada</b>			
1 Operating expenditures	917.5	1,020.2	<b>1,008.3</b>
5 Grants and Contributions	821.0	925.5	<b>920.9</b>
(S) Minister of Health - Salary and motor car allowance	0.1	0.1	<b>0.1</b>
(S) Contributions to employee benefit plans	62.2	62.8	<b>62.8</b>
(S) Payments for insured health services and extended health care services	-	2.4	<b>2.4</b>
(S) Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	-	0.3	<b>0.3</b>
<b>Total Department</b>	<b>1,800.8</b>	<b>2,011.3</b>	<b>1,994.8</b>



**Planned Spending** are those reported in the 1998-1999 Report on Plans and Priorities.

**Total Authorities** are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

**Actual Spending** are those reported in the Public Accounts.



FINANCIAL TABLE 2 Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

(millions of dollars)

Business Lines	FTEs*	Operating	Capital	Voted Grants & Contributions	Subtotal: Gross Voted Expenditures	Statutory Grants & Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Management of Risks to Health (Total authorities)	2,922	244.7	-	38.4	283.1	-	283.1	(54.3)	228.8
(Actuals)	2,900	276.4	-	42.7	319.1	-	319.1	(53.1)	266.0
	<b>2,900</b>	<b>271.9</b>	-	<b>42.7</b>	<b>314.6</b>	-	<b>314.6</b>	<b>(46.8)</b>	<b>267.8</b>
Promotion of Population Health (Total authorities)	502	78.6	-	129.2	207.8	-	207.8	-	207.8
(Actuals)	506	68.1	-	134.7	202.8	-	202.8	-	202.8
	<b>506</b>	<b>67.0</b>	-	<b>134.6</b>	<b>201.6</b>	-	<b>201.6</b>	-	<b>201.6</b>
Aboriginal Health (Total authorities)	1,312	566.0	-	527.8	1,093.8	-	1,093.8	(9.9)	1,083.9
(Actuals)	1,263	567.4	-	505.2	1,072.6	-	1,072.6	(9.1)	1,063.5
	<b>1,263</b>	<b>562.1</b>	-	<b>505.2</b>	<b>1,067.3</b>	-	<b>1,067.3</b>	<b>(6.7)</b>	<b>1,060.6</b>
Health System Support and Renewal (Total authorities)	64	28.8	-	53.2	82.0	-	82.0	-	82.0
(Actuals)	64	6.1	-	26.3	32.4	2.4	34.8	-	34.8
	<b>64</b>	<b>6.4</b>	-	<b>21.8</b>	<b>28.2</b>	<b>2.4</b>	<b>30.6</b>	-	<b>30.6</b>
Health Policy, Planning and Information (Total authorities)	566	57.4	-	52.7	110.1	-	110.1	-	110.1
(Actuals)	676	102.5	-	185.9	288.4	-	288.4	-	288.4
	<b>676</b>	<b>102.2</b>	-	<b>185.9</b>	<b>288.1</b>	-	<b>288.1</b>	-	<b>288.1</b>
Corporate Services (Total authorities)	603	69.8	-	19.7	89.5	-	89.5	(1.3)	88.2
(Actuals)	729	121.9	4.4	30.8	157.1	-	157.1	(1.3)	155.8
	<b>729</b>	<b>112.3</b>	<b>4.2</b>	<b>30.8</b>	<b>147.3</b>	-	<b>147.3</b>	<b>(1.2)</b>	<b>146.1</b>
<b>Total</b>	<b>5,969.0</b>	<b>1,045.3</b>	-	<b>821.0</b>	<b>1,866.3</b>	<b>0.0</b>	<b>1,866.3</b>	<b>(65.5)</b>	<b>1,800.8</b>
(Total authorities)	<b>6,138.0</b>	<b>1,142.4</b>	<b>4.4</b>	<b>925.6</b>	<b>2,072.4</b>	<b>2.4</b>	<b>2,074.8</b>	<b>(63.5)</b>	<b>2,011.3</b>
(Actuals)	<b>6,138.0</b>	<b>1,121.9</b>	<b>4.2</b>	<b>921.0</b>	<b>2,047.1</b>	<b>2.4</b>	<b>2,049.5</b>	<b>(54.7)</b>	<b>1,994.8</b>

Note:

Numbers in italics denote Total Authorities for 1998-1999 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).

Bolted numbers denote actual expenditures/revenues in 1998-1999.

Non-Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Consolidated Revenue Fund". They are not available to be spent by the Department but are available to the Government.

\* Full-Time Equivalents (FTEs)

## Other Revenues and Expenditures

## Non-Respendable Revenues

(Total authorities)

(Actuals)

Cost of services provided by other departments

(Total authorities)

(Actuals)

Net cost of the program

(Total authorities)

(Actuals)

(10.5)

(10.5)

(15.9)

51.2

51.2

49.0

1,841.5

2,052.0

2,027.9

### FINANCIAL TABLE 3

#### Historical Comparison of Total Planned Spending to Actual Spending

Business Lines	Actual Spending 1996-97	Actual Spending 1997-98	Planned Spending 1998-99	Total Authorities 1998-99	Actual Spending 1998-99
Management of Risks to Health	198.7	180.3	228.8	266.0	<b>267.8</b>
Promotion of Population Health	167.2	175.1	207.8	202.8	<b>201.6</b>
Aboriginal Health	1,003.4	1,026.8	1,083.9	1,063.4	<b>1,060.5</b>
Health System Support and Renewal	(92.0)*	14.6	82.0	34.8	<b>30.7</b>
Health Policy, Planning and Information	103.8	114.3	110.1	288.4	<b>288.1</b>
Corporate Services	130.7	131.7	88.2	155.9	<b>146.1</b>
<b>Total</b>	<b>1,511.8</b>	<b>1,642.8</b>	<b>1,800.8</b>	<b>2,011.3</b>	<b>1,994.8</b>

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

\* Beginning in 1996-97, the Established Programs Financing payments are reported under a new statutory authority under the Ministry of Finance. The amount reported in 1996-97 represents recoveries of federal tax point abatements under the contracting-out arrangements.





## FINANCIAL TABLE 4 Resource Requirements by Organization and Business Line

Comparison of 1998-1999 Planned Spending and Total Authorities to Actual Expenditures by Organization and Business Line (millions of dollars)

	Management of Risks to Health	Promotion of Population Health	Aboriginal Health	Health System Support and Renewal	Health Policy, Planning and Information	Corporate Services	Total
Health Protection (Total authorities)	186.2	-	-	-	7.4	-	193.6
(Actuals)	222.8	-	-	-	17.4	-	240.2
Pest Management Regulatory Agency (Total authorities)	223.6	-	-	-	17.5	-	241.1
(Actuals)	14.0	-	-	-	-	-	14.0
Health Promotion and Programs (Total authorities)	18.2	-	-	-	-	-	18.2
(Actuals)	18.5	-	-	-	-	-	18.5
Medical Services (Total authorities)	2.4	207.8	22.1	2.7	14.2	-	249.2
(Actuals)	2.3	202.8	22.6	3.4	14.2	-	245.3
Occupational Health and Safety Agency (Total authorities)	2.2	201.6	22.2	3.7	14.2	-	243.9
(Actuals)	2.5	-	1,061.8	-	-	-	1,064.3
Policy and Consultation (Total authorities)	2.7	-	1,040.9	-	-	-	1,043.6
(Actuals)	2.9	-	1,038.4	-	-	-	1,041.3
Corporate Services (Total authorities)	23.7	-	-	-	-	-	23.7
(Actuals)	20.0	-	-	-	-	-	20.0
Policy and Consultation (Total authorities)	20.6	-	-	-	-	-	20.6
(Actuals)	-	-	-	79.3	67.7	-	147.0
Corporate Services (Total authorities)	-	-	-	31.4	231.4	-	262.8
(Actuals)	-	-	-	26.9	231.4	-	258.3
Corporate Services (Total authorities)	-	-	-	-	20.8	88.2	109.0
(Actuals)	-	-	-	-	25.4	155.8	181.2
Total Planned Spending (Total authorities)	228.8	207.8	1,083.9	82.0	110.1	88.2	1,800.8
(Actuals)	266.0	202.8	1,063.5	34.8	288.4	155.8	2,011.3
% of Total	267.8	201.6	1,060.6	30.6	288.1	146.1	1,994.8
	13.4%	10.1%	53.2%	1.5%	14.5%	7.3%	100%

Note:  
Numbers in italics denote Total Authorities for 1998-1999 (Main and Supplementary Estimates and other authorities).  
Bolted numbers denote actual expenditures/revenues in 1998-1999.  
Due to rounding, figures may not add to totals shown.

## FINANCIAL TABLE 5

### Respendable Revenues

(millions of dollars)

Business Lines/ Service Lines	Actual Revenues 1996-97	Actual Revenues 1997-98	Planned Revenues 1998-99	Total Authorities 1998-99	Actual Revenues 1998-99
<b>Management of Risks to Health</b>					
Food Safety, Quality and Nutrition	0.9	0.7	2.2	1.3	<b>1.0</b>
Therapeutic Product Regulation	24.8	35.5	32.5	34.8	<b>31.8</b>
Environmental Health	3.7	2.2	3.0	3.2	<b>2.0</b>
Occupational Health and Safety Agency	1.1	2.7	6.1	6.2	<b>4.1</b>
Pest Management Regulatory Agency	0.3	7.4	10.4	7.5	<b>7.8</b>
Emergency Services	0.1	0.1	0.1	0.1	<b>0.1</b>
<b>Aboriginal Health</b>					
Indian and Inuit Health	9.6	7.0	9.9	9.1	<b>6.7</b>
<b>Corporate Services</b>					
	1.0	1.3	1.3	1.3	<b>1.2</b>
<b>Total Respendable Revenues</b>	<b>41.5</b>	<b>56.9</b>	<b>65.5</b>	<b>63.5</b>	<b>54.7</b>

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Vote" and are available for spending by the Department.



## FINANCIAL TABLE 6

### Non-Respendable Revenues

(millions of dollars)

Main Classification and Source	Actual Revenues 1996-97	Actual Revenues 1997-98	Planned Revenues 1998-99	Total Authorities 1998-99	Actual Revenues 1998-99
<b>Tax revenues</b>					
Goods and services tax	0.5	-	-	-	<b>0.2</b>
<b>Non-tax revenues:</b>					
Refund of expenditures	12.0	10.4	-	-	<b>6.3</b>
Food and drug analysis fees	-	-	1.2	1.2	-
Service fees	6.0	2.6	6.4	6.4	<b>2.1</b>
Pharmacy and dietary revenues	0.1	-	2.7	2.7	-
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.7	0.3	-	-	<b>0.3</b>
Miscellaneous non-tax revenues including contaminated monies*	8.9	7.4	0.2	0.2	<b>7.0</b>
<b>Total Non-Respendable Revenues</b>	<b>28.2</b>	<b>20.7</b>	<b>10.5</b>	<b>10.5</b>	<b>15.9</b>

\* Contaminated monies only. Seizure revenues through Public Works and Government Services.

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

Non-Respendable Revenues: These revenues were formerly called "Revenues Credited to the Consolidated Revenue Fund". They are not available to be spent by the Department but are available to the Government.





## FINANCIAL TABLE 7

### Statutory Payments

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1996-97	Actual Spending 1997-98	Planned Spending 1998-99	Total Authorities 1998-99	Actual Spending 1998-99
Health System Support and Renewal	(96.0)*	10.4	0.0	2.4	2.4
<b>Total Statutory Payments</b>	<b>(96.0)*</b>	<b>10.4</b>	<b>0.0</b>	<b>2.4</b>	<b>2.4</b>

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

\* Beginning in 1996-97, the Established Programs Financing payments are reported under a new statutory authority under the Ministry of Finance. The amount reported in 1996-97 represents recoveries of federal tax point abatements under the contracting-out arrangements.



## FINANCIAL TABLE 8 Transfer Payments

(millions of dollars)

Business Lines	Actual Spending 1996-97	Actual Spending 1997-98	Planned Spending 1998-99	Total Authorities 1998-99	Actual Spending 1998-99
<b>Grants</b>					
Management of Risks to Health	0.1	0.1	0.1	30.1	<b>30.1</b>
Promotion of Population Health	10.4	10.4	5.6	15.8	<b>15.8</b>
Aboriginal Health	1.5	0.6	0.5	0.0	<b>0.0</b>
Health Policy, Planning and Information	12.9	23.0	11.2	167.1	<b>167.1</b>
<b>Total Grants</b>	<b>24.9</b>	<b>34.1</b>	<b>17.4</b>	<b>213.0</b>	<b>213.0</b>
<b>Contributions</b>					
Management of Risks to Health	1.3	8.5	38.3	12.6	<b>12.6</b>
Promotion of Population Health	108.7	110.4	123.6	118.9	<b>118.8</b>
Aboriginal Health	432.7	461.8	527.3	505.2	<b>505.1</b>
Health System Support and Renewal	(96.0)*	10.4	53.2	28.7	<b>24.2</b>
Health Policy, Planning and Information	35.8	26.0	41.5	18.8	<b>18.8</b>
Corporate Services	36.6	33.2	19.7	30.8	<b>30.8</b>
<b>Total Contributions</b>	<b>519.1</b>	<b>650.3</b>	<b>803.6</b>	<b>715.0</b>	<b>710.3</b>
<b>Total Transfer Payments</b>	<b>544.0*</b>	<b>684.4</b>	<b>821.0</b>	<b>928.0</b>	<b>923.3</b>

Table includes Statutory Payments.

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.

\* Beginning in 1996-97, the Established Programs Financing payments are reported under a new statutory authority under the Ministry of Finance. The amount reported in 1996-97 represents recoveries of federal tax point abatements under the contracting-out arrangements.

## FINANCIAL TABLE 9

### Capital Spending by Business Line

(millions of dollars)

<b>Business Lines</b>	<b>Actual Spending 1996-97</b>	<b>Actual Spending 1997-98</b>	<b>Planned Spending 1998-99</b>	<b>Total Authorities 1998-99</b>	<b>Actual Spending 1998-99</b>
Management of Risks to Health	4.5	-	-	-	-
Promotion of Population Health	0.1	-	-	-	-
Aboriginal Health	9.4	-	-	-	-
Health Policy, Planning and Information	1.1	-	-	-	-
Corporate Services	16.0	9.3	4.1	4.4	<b>4.2</b>
<b>Total Capital Spending</b>	<b>31.1</b>	<b>9.3</b>	<b>4.1</b>	<b>4.4</b>	<b>4.2</b>

Total Authorities are Main Estimates plus Supplementary Estimates plus other authorities.



## **FINANCIAL TABLE 10**

### **Contingent Liabilities**

In addition to nearly 244 individual claims, 11 class action claims have been commenced against the Government with allegations of negligence for infections transmitted through blood and blood products. Because of the complexity involved in determining any federal obligation, particularly in relation to Hepatitis C claims which represent the majority of cases, a reliable estimate of potential liability cannot be made at this time.





## SECTION VI: OTHER INFORMATION

---

### Departmental Contacts

---

#### General enquiries

##### Write to us:

Health Canada  
0913A, 13th Floor, Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
CANADA

##### Web site:

< <http://www.hc-sc.gc.ca/> >

##### E-mail us:

[info@www.hc-sc.gc.ca](mailto:info@www.hc-sc.gc.ca)

##### Fax us:

General enquiries (613) 941-5366

##### Telephone us:

Headquarters  
(613) 957-2991

##### Deputy Minister

0915B Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 957-0212

##### Associate Deputy Minister

0915A Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 954-5904

##### Senior Assistant Deputy Minister

Corporate Services Branch  
0905B Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 952-3984

##### Assistant Deputy Minister

Policy and Consultation Branch  
0911B Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 957-3059





**Assistant Deputy Minister**

Medical Services Branch  
1921A Jeanne Mance Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 957-7701

**Assistant Deputy Minister**

Health Protection Branch  
0701A1 Health Protection Building  
Ottawa, Ontario K1A 0L2  
(613) 957-1804

**Visiting Assistant Deputy Minister**

Health Protection Branch  
0701B1 Health Protection Building  
Ottawa, Ontario K1A 0L2  
(613) 941-4332

**Assistant Deputy Minister**

Health Promotion and Programs  
Branch  
1916A Jeanne Mance Building  
Ottawa, Ontario K1A 1B4  
(613) 954-8525

**Assistant Deputy Minister**

Information, Analysis and  
Connectivity Branch  
0913D Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 946-3209

**Senior General Counsel**

Legal Services  
0902D Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 957-3766

**Regional Director General**

Central Region  
Health Canada  
4th Floor  
25 St. Clair Avenue East  
Toronto, Ontario  
M4T 1M2  
(416) 954-3592

**Regional Director General**

Quebec Region  
Complexe Guy Favreau, East Tower  
Suite 202  
200 Boul. René Lévesque  
Montréal, Québec H2Z 1X4  
(514) 283-2856

**Regional Director General**

Atlantic Region  
Ralston Building, Suite 634  
1557 Hollis Street  
Halifax, Nova Scotia B3J 3V4  
(902) 426-4097

**Regional Director General**

West Region  
Canada Place, Room 710  
9700 Jasper Avenue  
Edmonton, Alberta T5J 4C3  
(403) 495-5172

**Executive Director**

Pest Management Regulatory Agency  
6607D2, 2250 Riverside Drive  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 736-3701

**Director, Internal Audit**

Corporate Services Branch  
0914D Brooke Claxton Building  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
(613) 957-4362

**Chief Executive Officer**

Occupational Health and Safety  
Agency  
1903A1 Jeanne Mance Building  
Ottawa, Ontario K1A 0L3  
(613) 957-7669



## References

Health Canada documents can be ordered from:

Publications  
Health Canada  
Ottawa, Ontario  
K1A 0K9

Telephone: (613) 954-5995  
Fax: (613) 941-5366  
Toll free from across Canada: 1-800-267-1245

The following are examples of documents available.

### Reports:

A New Approach to Health Research for the 21<sup>st</sup> Century  
Aboriginal Health in Canada  
Canada Health Action: Building on the Legacy  
Canada Health Infoway  
Canada's Alcohol and Other Drugs Survey: Preview 1995  
Horizons One — Older Canadians' Alcohol and Other Drug Use  
Horizons Two — Canadian Women's Alcohol and Other Drug Use  
Horizons Three — Young Canadians' Alcohol and Other Drug Use  
How Effective are Alcohol and Other Drug Treatment Programs  
Nutrition for a Healthy Pregnancy  
Various reports on Mental Health

Books, brochures, kits and posters on the following subjects:

AIDS  
Alcohol and Drug Abuse  
Children  
Family Violence  
Fitness  
Health and the Environment  
Heart Health  
Maternity and Newborn Care  
Mental Health  
Native Issues  
Nutrition and Food Safety  
Product Safety  
Seniors  
Tobacco



# **Listing of Statutes and Regulations**

## **Statutes and Regulations Currently in Force**

1. *Canada Health Act*, R.S.C. 1985, c. C-6
2. *Canadian Environmental Protection Act*, R.S.C. 1985, c. 16 (4<sup>th</sup> Supp.)
3. *Controlled Drugs and Substances Act*, R.S.C. 1985, c. C-38.8
4. *Department of Health Act*, R.S.C. 1985, c. H-3.2
5. *Financial Administration Act*, R.S.C. 1985, c. F-11
6. *Food and Drugs Act*, R.S.C. 1985, c. F-27
7. *Hazardous Products Act*, R.S.C. 1985, c. H-3
8. *Patent Act*, R.S.C. 1985, c. P-4
9. *Pest Control Products Act*, R.S.C. 1985, c. P-9
10. *Quarantine Act*, R.S.C. 1985, c. Q-1
11. *Tobacco Act*, R.S.C. 1985, c. T-11.5
12. *Canadian Centre on Substance Abuse Act*, R.S.C. 1985, c. 49 (4<sup>th</sup> Supp.)
13. Regulation under the *Department of National Health and Welfare Act* repealed and replaced by *Department of Health Act*, R.S.C. 1985, c. H-3.2
  - *Potable Water on Common Carriers*, C.R.C. 1978, c. 1105
14. Regulation under the *Department of National Health and Welfare Act* repealed and replaced by *Department of Health Act*, R.S.C. 1985, c. H-3.2
  - *Human Pathogens Importation Regulations*, SOR/94-558
15. *Fitness and Amateur Sport Act*, R.S.C. 1985, c. F-25
16. *Medical Research Council Act*, R.S.C. 1985, c. M-4
17. *Queen Elizabeth II Canadian Research Fund Act*, R.S.C. 1970, c. Q-1
18. *Radiation Emitting Devices Act*, R.S.C. 1985, c. R-1
19. *Hazardous Materials Information Review Act*, R.S.C. 1985, c. H-2.7
20. *Pesticide Residue Compensation Act*, R.S.C. 1985, c. P-10



## **Statutes Administered by Other Ministers in which the Minister of Health plays an Advisory or Consultative Role**

21. *Atomic Control Act*, R.S.C. 1985, c. A-16
22. *Broadcasting Act*, R.S.C. 1985, c. B-9.01
23. *Canada Labour Code*, R.S.C. 1985, c. L-2
24. *Canada Medical Act*, R.S.C. 1952, c. 27

25. *Canada Shipping Act*, R.S.C. 1985, c. S-9
  - *Ships' Crews Food and Catering Regulations*, C.R.C. 1978, c. 1480
26. *Canadian Food Inspection Agency Act*, R.S.C. 1985, c. C-16.5
27. *Emergency Preparedness Act*, R.S.C. 1985, c. 6 (4<sup>th</sup> Supp.)
28. *Energy Supplies Emergency Act*, R.S.C. 1985, c. E-9
29. *Excise Tax Act*, R.S.C. 1985, c. E-15
30. *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, R.S.C. 1985, c. F-8
31. *Feeds Act*, R.S.C. 1985, c. F-9
32. *Immigration Act*, R.S.C. 1985, c. I-2
33. *National Parks Act*, R.S.C. 1985, c. N-14
34. *Trade Marks Act*, R.S.C. 1985, c. T-13

### **Bills Pending**

35. Act respecting Drinking Water Materials Safety (Bill C-14)
36. Canada Food Safety and Inspection Act (Bill C-80)



## Index

- Aboriginal 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 16, 20, 22, 25, 38, 58, 63-70, 79, 83, 87, 88, 96-99, 102, 103, 107
  - Aboriginal Diabetes Initiative 66
  - Aboriginal Head Start 6
  - Aboriginal Health Infostructure 8, 77
  - Aboriginal Health Institute 6, 67
  - First Canadian Health Management Corporation Inc. 69
  - First Nations Health Information System 9, 67, 77
  - Indian and Inuit Health Careers Program 6
  - National Aboriginal Achievement Foundation 6
  - National Telehealth Research Project 6
  - Non-Insured Health Benefits Program 67-69
  - Procurement Strategy for Aboriginal Businesses 83, 87
- Acts
  - Canada Health Act* 1, 17, 22, 25, 72
  - Canadian Environmental Assessment Act* 37, 89
  - Canadian Environmental Protection Act* 37, 39, 89
  - Department of Health Act* 11, 45
  - Food and Drugs Act* 37, 38, 89
  - Hazardous Products Act* 37, 38, 89
  - Pest Control Products Act* 49, 50, 52, 89
  - Quarantine Act* 42, 45
  - Radiation Emitting Devices Act* 37, 89
  - Tobacco Act* 37
- air pollution 38, 40
- alcohol 59, 107
- biotechnology 12, 24
- blood 4, 5, 27, 32, 35, 36, 39, 42, 43, 53-55, 61, 85, 91, 104
  - Canadian Blood Secretariat 15, 26, 27, 53
  - Canadian Blood Services 4, 35, 53, 85
  - Krever Commission 4, 35, 53-55
  - litigation 55
  - National Blood Safety Council 35, 54
- Budget 1999 1, 7, 29, 66, 77
- Canada Health and Social Transfer 1, 7, 72
- Canadian Health Network 9, 77
- Canadian Institute for Health Information 8, 57, 77, 78
- chemicals 38-40, 88
- children 2, 5, 6, 9, 16, 21, 31, 33, 38, 39, 58-61, 63, 88, 107
  - Aboriginal 6, 16, 63, 67
  - Centres of Excellence for Children's Well-Being 60
  - Community Action Program for Children 21
- Coalition of Cancer Surveillance 4, 43
- consumer products 3, 11, 15, 24, 26, 39, 40, 90
- cosmetics 15, 26, 39
- determinants of health 5, 15, 16, 24, 26, 56, 57, 78, 88





diseases 4, 5, 14-16, 21, 24, 26, 31, 38, 41-44, 55, 61, 63  
 asthma 22  
 bovine spongiform encephalopathy 32  
 breast cancer 6, 58  
 cardiovascular 5, 11, 16, 21, 22, 25, 31, 38, 43, 56, 60, 61  
 cervical cancer 4, 43  
 Creutzfeldt-Jakob 4, 32, 35, 55  
 diabetes 5, 7, 16, 21, 22, 31, 61, 63, 65, 66  
 Hepatitis B 42  
 Hepatitis C 55, 104  
 HIV/AIDS 2, 9, 16, 42, 54-56, 58, 61, 107  
 prostate cancer 5, 61  
 tuberculosis 16, 25, 42, 63, 65  
 drugs 3, 9, 11, 12, 15, 24, 26, 34, 59, 67, 74, 85, 107  
 abuse 9, 16, 56, 59, 78, 107  
 medical marijuana 36  
 National Drug Utilization Information System 74  
 Pharmacare 8, 74  
 veterinary 31, 32  
 emergency services 11, 15, 27, 45, 47, 48, 99  
 Federal Nuclear Emergency Plan 89  
 endocrine disruption 40, 52  
 environmental health 11, 13, 15, 24, 26, 27, 32, 37, 38, 40, 50, 52, 61, 70, 83, 88, 99  
 food 3, 4, 5, 11, 14, 15, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 35, 45, 46, 49, 52, 59, 90, 91, 99, 100, 107  
 bio-engineered 31  
 Canada Food Safety and Inspection Act (Bill C-80) 90, 91, 109  
 Canadian Food Inspection Agency 90  
 Canadian Partnership for Consumer Food Safety Education 4  
 Safe and Nutritious Food Program 29  
 gene therapies 12  
 Health Information Roadmap 8, 78  
 Health Infostructure Support Program 77  
 Health Infoway 8, 77, 107  
 Health Transition Fund 2, 6, 8, 22, 73  
 home and community care 6, 8, 73, 74, 78, 79  
 housing 16, 57, 63, 70  
 Laboratory Science Review Committee 29  
 medical devices 3, 15, 24, 26, 34, 35, 85, 86  
 mental health 59, 67, 78, 107  
 natural health products 29, 35  
 nutrition 31-33, 60, 91, 99, 107  
 occupational health 11, 15, 18, 24, 27, 44, 81, 98, 99, 106  
 Office of Consumer Affairs and Public Involvement 88  
 pest control products 11, 15, 26, 28, 49-52  
 Pest Management Advisory Council 29, 50, 88  
 Pest Management Regulatory Agency 28, 30, 49, 89, 98, 99, 106



physical activity 5, 6, 9, 58  
 Population Health Fund 5, 58, 60  
 Population Health Institute 22, 77  
 privacy 8, 9, 77, 79  
 quarantine measures 11, 15, 26, 42, 45  
 radiation 4, 11, 15, 26, 39, 86  
 Regulations  
     Consumer Chemicals and Containers 38  
     Cosmetic Products 38, 39  
     Food and Drug 36, 90, 91  
     Human Pathogens Importation 45, 108  
     Pest Control Products 50, 92  
     Potable Water 108  
     Tobacco (Labeling) 39, 92  
     Tobacco (Promotion) 39, 93  
     Tobacco (Reporting) 39, 93  
 research 1-4, 8, 12-14, 16, 17, 21, 22, 25, 28, 29, 32, 33, 36, 38, 40, 41, 43, 52-54, 57, 59, 60, 63, 67, 70, 74-79, 107  
     Canadian Health Services Research Foundation 2, 77  
     Canadian Institutes of Health Research 77  
     National Health Research and Development Program 22, 77  
 risk management 21, 27, 28, 32, 37-39, 41, 42, 47, 49, 50, 53, 54, 88  
 Science Advisory Board 29  
 seniors 2, 5, 21, 59, 60, 86, 107  
     International Year of Older Persons 2, 5, 59  
 smoking 5, 16, 63  
     Tobacco Control Initiative 58  
 Special Operating Agency 21, 27, 45  
 suicide 16, 25, 59, 63  
 surveillance 4, 15, 21, 22, 24-26, 28, 32, 33, 37, 39-44, 53, 54, 67, 70, 77, 88  
     National Health Surveillance System 9, 77  
 sustainable development 13, 14, 24, 37, 52, 61, 70, 83, 88  
 telehealth 6, 8, 67, 77, 79  
 therapeutic products 15, 26, 27, 34, 85  
 toxic substances 14, 40, 52, 88  
 water 11, 15, 24, 26, 38, 39, 45, 70, 84  
     Drinking Water Materials Safety Act (Bill C-14) 89, 109  
 women 4, 6, 8, 11, 22, 43, 58, 60, 61, 67, 78, 79, 107  
     Centres of Excellence for Women's Health 78  
     pregnant 5, 60, 88  
     Women's Health Strategy 8, 78  
 xenotransplantation 35, 36, 91  
 Year 2000 4, 23, 79, 82, 84-86











télésanté 8, 10, 75, 88, 90  
thérapies géniques 15  
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux 1, 9, 81  
xénotransplantation 39, 40, 102





pollution de l'air 42, 45  
 produits antiparasitaires 13, 18, 31, 32, 56-58  
 Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire 32, 34, 56, 100, 110, 111, 118  
 Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire 34, 57, 99  
 produits chimiques 42-44, 99  
 produits de consommation 5, 13, 18, 27, 30, 44, 101  
 produits de santé naturels 33, 39  
 produits thérapeutiques 18, 30, 32, 38, 96  
 Programme de soutien à l'infrastructure de la santé 87  
 protection des renseignements personnels 10, 11, 87, 90  
 radiations 5, 13, 18, 30, 44, 97  
 recherche 2, 4, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 29, 32, 33, 37, 40, 42, 44, 46, 49, 60, 62, 65, 66, 68, 69, 71, 75, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 119  
 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 2, 87  
 Instituts canadiens de recherche en santé 88  
 Programme national de recherche et de développement en matière de santé 26, 87  
 Réglements  
 Aliments et drogues 40, 101, 102  
 Cosmétiques 39, 42  
 Eau potable 120  
 Importation des agents anthropopathogènes 51, 120  
 Produits chimiques et contenants destinés aux consommateurs 42  
 Tabac (Déclaration) 44, 105  
 Tabac (Étiquetage) 43, 103  
 Tabac (Promotion) 44, 104  
 Réseau canadien de la santé 11, 87  
 sang 5, 7, 31, 36, 39, 40, 44, 48, 49, 61-63, 69, 96, 102, 116  
 Commission Krever 5, 39, 61-63  
 Conseil national de la sûreté du sang 39, 63  
 contenants 63  
 Secrétariat canadien du sang 18, 31, 61  
 Société canadienne du sang 39, 62, 96  
 santé mentale 67, 76, 89, 119  
 services d'urgence 13, 19, 31, 51, 54, 55, 111  
 Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire 100  
 soins à domicile et soins communautaires 8, 10, 82, 83, 88, 89  
 substances toxiques 16, 44, 45, 59, 100  
 suicide 19, 28, 68, 71  
 surveillance 5, 18, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 37, 41, 44, 46, 48, 49, 51, 61, 62, 63, 76, 79, 87, 99  
 Système national de surveillance de la santé 11, 87  
 tabagisme 6, 19, 71  
 Initiative de lutte contre le tabagisme 67

femmes 5, 7, 10, 16, 25, 48, 67, 69, 70, 75, 88-89, 119  
Centres d'excellence pour la santé des femmes 88

enceintes 7, 69, 99  
Stratégie pour la santé des femmes 10, 89  
Fonds pour l'adaptation des services de santé 2, 8, 10, 25, 82  
Fonds pour la santé de la population 7, 66, 68  
gestion des risques 24, 31, 32, 36, 42, 43, 46, 47, 54, 56, 57, 61, 62, 99  
hygiène du milieu 13, 16, 18, 27, 30, 31, 36, 41, 42, 45, 57, 60, 70, 79, 93, 99, 111

hygiène du travail 13, 18, 21, 31, 32, 50, 91, 110, 111, 118  
InfoRoute santé 10, 88, 119

Institut canadien d'information sur la santé 4, 65, 87, 88  
Institut de la santé de la population 26, 87  
logement 20, 65, 71, 79

Loi  
Loi canadienne sur l'évaluation environnementale 41, 100

Loi canadienne sur la protection de l'environnement 41, 43, 100  
Loi canadienne sur la santé 1, 20, 25, 28, 81

Loi sur la quarantaine 47, 51  
Loi sur le ministère de la Santé 13, 51

Loi sur le tabac 41  
Loi sur les aliments et drogues 41, 42, 100  
Loi sur les dispositifs émettant des radiations 41, 100

Loi sur les produits antiparasitaires 56, 58, 59, 100  
Loi sur les produits dangereux 41, 42, 100

maladies 5, 7, 16, 18, 19, 25, 27, 35, 42, 46-48, 50, 63, 69, 71  
asthme 26  
cancer de la prostate 7, 69

cancer du col de l'utérus 5, 48  
cancer du sein 7, 67

diabètes 7, 9, 19, 25, 26, 35, 69, 71, 74, 75  
encéphalopathie spongiforme bovine 36

Hépatite B 47  
Hépatite C 63, 116

maladie de Creutzfeldt-Jakob 5, 36, 39, 63  
maladies cardio-vasculaires 7, 14, 19, 25, 26, 28, 35, 42, 48, 64, 68, 69  
tuberculose 19, 28, 47, 71, 73

VIH/sida 2, 11, 19, 47, 62-64, 66, 70, 119  
matériels médicaux 5, 18, 27, 30, 38, 39, 96, 97

médicaments 5, 11, 13, 14, 18, 27, 30, 38, 67, 76, 83, 96, 119  
abus 1, 19, 64, 68, 89, 119

Assurance-médicaments 10, 84  
marjuana 40

médicaments vétérinaires 36, 37  
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments 83

mesures de quarantaine 13, 18, 31, 47, 51  
nutrition 35, 36, 37, 69, 102, 111, 119

Organisme de service spécial 24, 31, 51



activité physique 6, 7, 11, 67  
 aînés 2, 6, 25, 68, 97, 119  
 Année internationale des personnes âgées 2, 7, 68  
 alcool 68, 119  
 aliments 5, 6, 13, 16, 18, 27, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 51, 52, 57, 60, 67, 101, 102, 111, 112, 119  
 Agence canadienne d'inspection des aliments 101  
 aliments issus du génie génétique 36  
 Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada (Projet de loi C-80) 101, 102, 121  
 Partenariat canadien pour l'information sur la salubrité des aliments 6  
 Programme des aliments sains et nutritifs 33  
 An 2000 5, 26, 90, 95-97  
 Autochtones 2, 3, 8, 9, 13, 15, 17, 19, 23, 25, 28, 43, 66, 71, 74-79, 90, 93, 98, 99, 108-111, 114, 115, 119  
*First Canadian Health Management Corporation Inc.* 77  
 Fondation nationale des réalisations autochtones 8  
 Infrastructure de la santé des Autochtones 10, 88  
 Initiative sur le diabète chez les Autochtones 75  
 Institut de la santé autochtone 8, 75  
 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 8  
 Programme de carrières de la santé pour Indiens et Inuits 8  
 Programme des services de santé non assurés 76, 78  
 Projet de recherche national sur la télésanté 8  
 Stratégie d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones 93, 98  
 Système d'information sur la santé autochtone 11, 76, 87  
 biotechnologie 15, 27  
 Budget 1999 1, 9, 33, 75, 87  
 Bureau des affaires des consommateurs et de la participation du public 99  
 Carnet de route de l'information sur la santé 11, 88  
 Coalition pour la surveillance du cancer 5, 48  
 Comité chargé de l'examen scientifique des laboratoires 34  
 Conseil consultatif des sciences 33  
 cosmétiques 18, 30, 43  
 dérèglement endocrinien 44, 60  
 déterminants de la santé 7, 18, 19, 28, 30, 64, 65, 88, 99  
 développement durable 16, 17, 27, 41, 59, 60, 70, 78, 79, 93, 99  
 eau 13, 18, 27, 30, 42, 43, 52, 79, 95  
 Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable (Projet de loi C-14) 100, 121  
 enfants 2, 7, 8, 11, 19, 24, 35, 37, 42, 44, 66, 67, 69, 70, 71, 99, 119  
 Autochtones 8, 19, 71, 75  
 Centres d'excellence pour le bien-être des enfants 69  
 Programme d'action communautaire pour les enfants 24



21. Loi sur le contrôle de l'énergie atomique, L.R.C. (1985), ch. A-16
22. Loi sur la radiodiffusion, L.R.C. (1985), ch. B-9.01
23. Code canadien du travail, L.R.C. (1985), ch. L-2
24. Loi médicale du Canada, L.R.C. (1952), ch. 27
25. Loi sur la marine marchande du Canada, L.R.C. (1985), ch. S-9  
– Règlement sur l'alimentation et le service de table des équipages de navire, C.R.C. (1978), ch. 1480
26. Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments, L.R.C. (1985), ch. C-16.5
27. Loi sur la protection civile, L.R.C. (1985), ch. 6 (4<sup>e</sup> suppl.)
28. Loi d'urgence sur les approvisionnement d'énergie, L.R.C. (1985), ch. E-9
29. Loi sur la taxe d'accise, L.R.C. (1985), ch. E-15
30. Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, L.R.C. (1985), ch. F-8
31. Loi relative aux aliments du bétail, L.R.C. (1985), ch. F-9
32. Loi sur l'immigration, L.R.C. (1985), ch. I-2
33. Loi sur les parcs nationaux, L.R.C. (1985), ch. N-14
34. Loi sur les marques de commerce, L.R.C. (1985), ch. T-13

Projets de loi en cours d'examen

35. Loi sur la sûreté des produits liés à l'eau potable (projet de loi C-14)
36. Loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada (projet de loi C-80)





## Liste des lois et des règlements

### Lois et règlements actuellement en vigueur

1. Loi canadienne sur la santé, L.R.C. (1985), ch. C-6.
2. Loi canadienne sur la protection de l'environnement, L.R.C. (1985), ch. 16 (4<sup>e</sup> suppl.)
3. Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.R.C. 1985, c. C-38.8
4. Loi sur le ministère de la Santé, L.R.C. 1985, ch. H-3.2
5. Loi sur la gestion des finances publiques, L.R.C. (1985), ch. F-11
6. Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. (1985), ch. F-27
7. Loi sur les produits dangereux, L.R.C. 1985, ch. H-3 modifiée
8. Loi sur les brevets, L.R.C., 1985, ch. P-4
9. Loi sur les produits antiparasitaires, L.R.C. (1985), ch. P-9
10. Loi sur la quarantaine, L.R.C. (1985), ch. Q-1
11. Loi sur le tabac, L.R.C. (1985), ch. T-11-5.
12. Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, L.R.C. (1985), ch. C-49 (4<sup>e</sup> suppl.)
13. Règlement pris en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social révoquée et remplacée par la Loi sur le ministère de la Santé, L.R.C. 1985, ch. H-3.2
14. Règlement pris en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social révoquée et remplacée par la Loi sur le ministère de la Santé, L.R.C. 1985, ch. H-3.2  
– Règlement sur l'importation des agents anthropopathogènes, DORS/94-558.
15. Loi sur la condition physique et le sport amateur, L.R.C. (1985), ch. F-25
16. Loi sur le Conseil de recherches médicales, L.R.C. (1985), ch. M-4
17. Loi sur le fonds de recherche de la Reine Elizabeth II, L.R.C. 1970, ch. Q-1
18. Loi sur les dispositifs émettant des radiations, L.R.C. (1985), ch. R-1
19. Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, L.R.C. 1985, ch. H-2.7
20. Loi sur l'indemnisation des dommages causés par les pesticides, L.R.C. (1985), ch. P-10



## Références

Vous pouvez obtenir des exemplaires des publications de Santé Canada auprès de :

Publications  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995  
Télécopieur : (613) 941-5366  
Appel sans frais d'un bout à l'autre du Canada : 1-800-267-1245

Ce qui suit représente seulement un échantillon des nombreux documents à la disposition du public.

### Rapports

Divers rapports sur la santé mentale

Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues : aperçu 1995

Horizon Un — Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez

les aînés au Canada

Horizon Deux — Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez

les femmes au Canada

Horizon Trois — Mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez

les jeunes au Canada

InfoRoute santé du Canada

La santé au Canada : un héritage à faire fructifier

La santé des Autochtones au Canada

L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et

d'autres toxicomanies

Nutrition pour une grossesse en santé

Transformer la recherche en santé pour le XXI<sup>e</sup> siècle

Livres, livrets, troussees et affiches sur les sujets suivants :

Aînés

Affaires autochtones

Alcoolisme et toxicomanie

Condition physique

Enfants

Nutrition et innocuité des aliments

Santé cardiovasculaire

Santé et environnement

Santé mentale

Santé maternelle et infantile

Sécurité des produits

SIDA

Tabac

Violence familiale





**Sous-ministre adjoint**  
caux  
1921A Immeuble Jeanne-Mance  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-7701

**Sous-ministre adjoint**  
de la santé  
Direction générale de la protection  
0701A1 Immeuble de la protection de  
la santé  
Ottawa (Ontario) K1A 0L2  
(613) 957-1804

**Sous-ministre adjoint invité**  
de la santé  
Direction générale de la protection  
0701B1 Immeuble de la protection de  
la santé  
Ottawa (Ontario) K1A 0L2  
(613) 941-4332

**Sous-ministre adjoint**  
des programmes de la santé  
1916A Immeuble Jeanne-Mance  
Ottawa (Ontario) K1A 1B4  
(613) 954-8525

**Sous-ministre adjoint**  
Direction générale de l'information, de  
l'analyse et de la connectivité  
0913D Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 946-3209

**Avocat général principal**  
Services juridiques  
0902D Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-3766

**Directeur général régional**  
Région centrale  
Santé Canada  
4<sup>e</sup> étage  
25, avenue St. Clair est  
Toronto (Ontario) M4T 1M2  
(416) 954-3592

**Directeur général régional**  
Région du Québec  
Complexe Guy-Favreau, Tour Est,  
Suite 202  
200, boul. René-Lévesque  
Montréal (Québec) H2Z 1X4  
(514) 283-2856

**Directeur général régional**  
Région de l'Atlantique  
Immeuble Ralston, Suite 634  
1557, rue Hollis  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3V4  
(902) 426-4097

**Directeur général régional**  
Région de l'ouest  
Place Canada, Pièce 710  
9700, avenue Jasper  
Edmonton (Alberta) T5J 4C3  
(403) 495-5172

**Directrice exécutive**  
Agence de réglementation de la lutte  
antiparasitaire  
6607D2, 2250, promenade Riverside  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 736-3701

**Directeur, Vérification interne**  
Direction générale des services  
de gestion  
0914D Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-4362

**Présidente directrice générale**  
Agence d'hygiène et de sécurité  
au travail  
1903A1 Immeuble Jeanne-Mance  
Ottawa (Ontario) K1A 0L3  
(613) 957-7669

## SECTION VI : AUTRES RENSEIGNEMENTS

### PERTINENTS

#### Contacts ministériels

Renseignements généraux

Écrivez-nous à l'adresse suivante :

Santé Canada  
0913A, 13<sup>e</sup> étage  
Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9 CANADA

Site Web :

< <http://www.hc-sc.gc.ca/> >

Envoyez-nous un courrier électronique :

[info@www.hc-sc.gc.ca](mailto:info@www.hc-sc.gc.ca)

Envoyez-nous une télécopie :

Renseignements généraux (613) 941-5366

Téléphonez-nous :

Administration centrale  
(613) 957-2991

**Sous-ministre**

0915B Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-0212

**Sous-ministre délégué**

0915A Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 954-5904

**Sous-ministre adjoint**

Direction générale des politiques et de  
la consultation  
091B Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-3059

**Sous-ministre adjoint principal**

Direction générale des services  
de gestion  
0905B Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 952-3984



## TABLEAU FINANCIER 10

### Passif éventuel

En plus de près de 244 réclamations individuelles, 11 actions collectives ont été intentées contre le gouvernement pour cause de négligence ayant entraîné des infections transmises par le sang et les produits sanguins. En raison de la difficulté de déterminer toute obligation fédérale, particulièrement lorsqu'il s'agit de l'hépatite C, qui représente la majorité des cas, le passif éventuel ne peut être déterminé pour l'instant.





# TABLEAU FINANCIER 9

## Dépenses en capital par secteur d'activité

(millions de dollars)

Secteurs d'activité	Dépenses Réelles 1996-1997	Dépenses Réelles 1997-1998	Dépenses prévues 1998-1999	Autorisations totales 1998-1999	Dépenses Réelles 1998-1999
Gestion des risques en matière de santé	4,5	-	-	-	-
Promotion de la santé de la population	0,1	-	-	-	-
Santé des Autochtones	9,4	-	-	-	-
Politiques, planification et information en matière de santé	1,1	-	-	-	-
Services ministériels	16,0	9,3	4,1	4,4	4,2
<b>Total des dépenses en capital</b>	<b>31,1</b>	<b>9,3</b>	<b>4,1</b>	<b>4,4</b>	<b>4,2</b>

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.



# TABLEAU FINANCIER 8 Paiements de transfert

(millions de dollars)

Secteurs d'activité Réelles Réelles Réelles Dépenses Autorisations Réelles  
1996-1997 1997-1998 1998-1999 1998-1999 1998-1999 1998-1999

Subventions					
Gestion des risques en matière de santé	0,1	0,1	0,1	30,1	30,1
Promotion de la santé de la population	10,4	10,4	5,6	15,8	15,8
Santé des Autochtones	1,5	0,6	0,5	0,0	0,0
Politiques, planification et information en matière de santé	12,9	23,0	11,2	167,1	167,1
<b>Total des subventions</b>	<b>24,9</b>	<b>34,1</b>	<b>17,4</b>	<b>213,0</b>	<b>213,0</b>
Contributions					
Gestion des risques en matière de santé	1,3	8,5	38,3	12,6	12,6
Promotion de la santé de la population	108,7	110,4	123,6	118,9	118,8
Santé des Autochtones	432,7	461,8	527,3	505,2	505,1
Soutien et renouvellement du système de santé (96,0)*	10,4	53,2	28,7	24,2	24,2
Politiques, planification et information en matière de santé	35,8	26,0	41,5	18,8	18,8
Services ministériels	36,6	33,2	19,7	30,8	30,8
<b>Total des contributions</b>	<b>519,1</b>	<b>650,3</b>	<b>803,6</b>	<b>715,0</b>	<b>710,3</b>
<b>Total des paiements de transfert</b>	<b>544,0*</b>	<b>684,4</b>	<b>821,0</b>	<b>928,0</b>	<b>923,3</b>

Le tableau inclut les paiements législatifs.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

\* Depuis 1996-1997, les paiements au titre du Financement des programmes établis sont déclarés sous une nouvelle autorisation législative du ministère des Finances. La somme déclarée en 1996-1997 représente les recouvrements d'abattements de points d'impôt fédéral en vertu des ententes de non-participation.



**TABLÉAU FINANCIER 7**  
**Paievements législatifs**  
(millions de dollars)

Secteurs d'activité	Réelles	Réelles	Réelles	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1998-1999	1998-1999
Soutien et renouvellement du système de santé	(96,0) *	10,4	0,0	2,4				
<b>Total des paievements législatifs</b>	<b>(96,0) *</b>	<b>10,4</b>	<b>0,0</b>	<b>2,4</b>				

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations. \* Depuis 1996-1997, les paiements au titre du Financement des programmes établis sont déclarés sous une nouvelle autorisation législative du ministère des Finances. La somme déclarée en 1996-1997 représente les recouvrements d'abattements de points d'impôt fédéralien vertu des ententes de non-participation.



## TABLEAU FINANCIER 6

## Recettes affectées au Trésor

(millions de dollars)

Principale classification et source	Réelles 1996-1997	Réelles 1997-1998	Réelles prévues 1998-1999	Recettes Autorisations totales 1998-1999	Réelles 1998-1999
---	----------------------	----------------------	---------------------------------	---	----------------------

## Recettes fiscales :

Taxe sur les biens  
et services

0,5

-

-

-

0,2

## Recettes non fiscales :

Remboursement de  
dépenses

12,0

10,4

-

-

6,3

Frais d'analyse  
d'aliments et de drogues

-

-

1,2

1,2

-

Frais de service

6,0

2,6

6,4

6,4

2,1

Recettes - produits  
thérapeutiques et  
aliments spéciaux

0,1

-

2,7

2,7

-

Produit de l'allocation  
de biens de l'État

0,7

0,3

-

-

0,3

Recettes non fiscales  
diverses, y compris  
produits de la criminalité\*

8,9

7,4

0,2

0,2

7,0

Total des recettes  
affectées au Trésor

28,2

20,7

10,5

10,5

15,9

\* Produits de la criminalité seulement. Recettes des saisies par le biais de Travaux publics et services gouvernementaux.

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

Recettes affectées au Trésor : Ces recettes étaient auparavant appelées «Recettes créditées au Trésor». Elles ne peuvent pas être dépensées par le Ministère, mais sont disponibles pour le gouvernement.



# TABLÉAU FINANCIER 5

## Recettes affectées aux dépenses

(millions de dollars)

Secteurs d'activité/ Secteurs de service	Réelles	Réelles	Réelles	Recettes prévues 1998-1999	Autorisations Réelles totales 1998-1999 1998-1999
---	---------	---------	---------	-------------------------------	---

<b>Gestion des risques en matière de santé</b>					
Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments	0,9	0,7	2,2	1,3	1,0
Réglementation des produits thérapeutiques	24,8	35,5	32,5	34,8	31,8
Hygiène du milieu	3,7	2,2	3,0	3,2	2,0
Agence d'hygiène et de santé au travail	1,1	2,7	6,1	6,2	4,1
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire	0,3	7,4	10,4	7,5	7,8
Services d'urgence	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

<b>Santé des Autochtones</b>					
Santé des Indiens et des Inuits	9,6	7,0	9,9	9,1	6,7
<b>Services ministériels</b>	1,0	1,3	1,3	1,3	1,2

<b>Total des recettes affectées aux dépenses</b>	<b>41,5</b>	<b>56,9</b>	<b>65,5</b>	<b>63,5</b>	<b>54,7</b>
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations. Recettes affectées aux dépenses : ces recettes étaient auparavant appelées «Recettes à valoir sur le crédit» et peuvent être dépensées par le Ministère.





## TABLEAU FINANCIER 4 Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité

Comparaison des dépenses prévues et des autorisations totales de 1998-1999 avec les dépenses réelles par organisation et secteur d'activité  
(millions de dollars)

	Gestion des risques en matière de santé	Promotion de la santé de la population	Santé des Autochtones	Renouvellement et soutien du système de santé	Politiques, planification et information en matière de santé	Services ministériels	Total
Protection de la santé (Autorisations totales)	186,2	-	-	-	7,4	-	193,6
(Réelles)	222,8	-	-	-	17,4	-	240,2
	223,6	-	-	-	17,5	-	241,1
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (Autorisations totales)	14,0	-	-	-	-	-	14,0
(Réelles)	18,2	-	-	-	-	-	18,2
	18,5	-	-	-	-	-	18,5
Promotion et programmes de la santé (Autorisations totales)	2,4	207,8	22,1	2,7	14,2	-	249,2
(Réelles)	2,3	202,8	22,6	3,4	14,2	-	245,3
	2,2	201,6	22,2	3,7	14,2	-	243,9
Services médicaux (Autorisations totales)	2,5	-	1 061,8	-	-	-	1 064,3
(Réelles)	2,7	-	1 040,9	-	-	-	1 043,6
	2,9	-	1 038,4	-	-	-	1 041,3
Agence d'hygiène et de sécurité au travail (Autorisations totales)	23,7	-	-	-	-	-	23,7
(Réelles)	20,0	-	-	-	-	-	20,0
	20,6	-	-	-	-	-	20,6
Politiques et consultation (Autorisations totales)	-	-	-	79,3	67,7	-	147,0
(Réelles)	-	-	-	31,4	231,4	-	262,8
	-	-	-	26,9	231,4	-	258,3
Services de gestion (Autorisations totales)	-	-	-	-	20,8	88,2	109,0
(Réelles)	-	-	-	-	25,4	155,8	181,2
	-	-	-	-	25,0	146,1	171,1
<b>Total des dépenses prévues</b>	228,8	207,8	1 083,9	82,0	110,1	88,2	1 800,8
(Autorisations totales)	266,0	202,8	1 063,5	34,8	288,4	155,8	2 011,3
(Réelles)	267,8	201,6	1 060,6	30,6	288,1	146,1	1 994,8
% du Total	13,4 %	10,1 %	53,2 %	1,5 %	14,5 %	7,3 %	100 %

Note :

Les chiffres en italiques correspondent aux autorisations totales de 1998-1999 (Budget principal des dépenses, Budgets supplémentaires des dépenses et autres autorisations).

Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses ou recettes réelles de 1998-1999.

Les chiffres étant arrondis, ils peuvent ne pas correspondre au total indiqué.

# TABEAU FINANCIER 3

## Comparaison dans le temps des dépenses totales prévues et des dépenses réelles

Secteurs d'activité

Dépenses Autorisations

Réelles Réelles Réelles

1996-1997 1997-1998 1998-1999

Réelles totales 1998-1999

Réelles 1998-1999

Gestion des risques en matière de santé	198,7	180,3	228,8	266,0	267,8
Promotion de la santé de la population	167,2	175,1	207,8	202,8	201,6
Santé des Autochtones	1 003,4	1 026,8	1 083,9	1 063,4	1 060,5
Soutien et renouvellement du système de santé	(92,0)*	14,6	82,0	34,8	30,7
Politiques, planification et information en matière de santé	103,8	114,3	110,1	288,4	288,1
Services ministériels	130,7	131,7	88,2	155,9	146,1

**Total**

**1 511,8**

**1 642,8**

**1 800,8**

**2 011,3**

**1 994,8**

Les autorisations totales correspondent à la somme du Budget des dépenses principal, des Budgets des dépenses supplémentaires et des autres autorisations.

\* Depuis 1996-1997, les paiements au titre du Financement des programmes établis sont déclarés sous une nouvelle autorisation législative du ministère des Finances. La somme déclarée en 1996-1997 représente les recouvrements d'abattements de points d'impôt fédéral en vertu des ententes de non-participation.



(millions de dollars)

(millions de dollars)										
Secteurs d'activité	ETP*	Fonctionnement	Capital	Subventions et contributions votées	Total partiel : dépenses brutes	Subventions et contributions législatives	Total des dépenses brutes	Moins : Recettes affectées aux dépenses	Total des dépenses nettes	
Gestion des risques en matière de santé (Autorisations totales) (Réelles)	2 922 2 900 2 900	244,7 276,4 271,9	- - -	38,4 42,7 42,7	283,1 319,1 314,6	- - -	283,1 319,1 314,6	(54,3) (53,1) (46,8)	228,8 266,0 267,8	
Promotion de la santé de la population (Autorisations totales) (Réelles)	502 506 506	78,6 68,1 67,0	- - -	129,2 134,7 134,6	207,8 202,8 201,6	- - -	207,8 202,8 201,6	- - -	207,8 202,8 201,6	
Santé des Autochtones (Autorisations totales) (Réelles)	1 312 1 263 1 263	566,0 567,4 562,1	- - -	527,8 505,2 505,2	1 093,8 1 072,6 1 067,3	- - -	1 093,8 1 072,6 1 067,3	(9,9) (9,1) (6,7)	1 083,9 1 063,5 1 060,6	
Soutien et renouvellement du système de santé (Autorisations totales) (Réelles)	64 64 64	28,8 6,1 6,4	- - -	53,2 26,3 21,8	82,0 32,4 28,2	- 2,4 2,4	82,0 34,8 30,6	- - -	82,0 34,8 30,6	
Politiques, planification et information en matière de santé (Autorisations totales) (Réelles)	566 676 676	57,4 102,5 102,2	- - -	52,7 185,9 185,9	110,1 288,4 288,1	- - -	110,1 288,4 288,1	- - -	110,1 288,4 288,1	
Services ministériels (Autorisations totales) (Réelles)	60,3 729 729	69,8 121,9 112,3	- - 4,2	19,7 30,8 30,8	89,5 157,1 147,3	- - -	89,5 157,1 147,3	(1,3) (1,3) (1,2)	88,2 155,8 146,1	
Total (Autorisations totales) (Réelles)	5 969,0 6 138,0 6 138,0	1 045,3 1 145,4 1 121,9	- - 4,2	821,0 925,6 921,0	1 866,3 2 072,4 2 047,1	0,0 2,4 2,4	1 866,3 2 074,8 2 049,5	(65,5) (63,5) (54,7)	1 800,8 2 011,3 1 994,8	
Note : Les chiffres en italiques correspondent aux autorisations totales de 1998-1999 (Budget principal des dépenses, Budgets supplémentaires des dépenses et autres autorisations).										
Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses ou recettes réelles de 1998-1999.										
Recettes ne pouvant être dépensées à nouveau : Ces recettes étaient auparavant appelées «recettes créditées au Trésor». Elles ne peuvent pas être dépensées par le Ministère, mais sont disponibles pour le gouvernement.										
Équivalents temps plein (ETP)										
				Autres recettes et dépenses			Recettes affectées aux dépenses			
				Recettes affectées aux recettes ne pouvant être dépensées à nouveau (Autorisations totales) (Réelles)			(10,5) (10,5) (15,9)			
				Coût des services offerts par d'autres ministères (Autorisations totales) (Réelles)			51,2 51,2 49,0			
				Coût net du programme (Autorisations totales) (Réelles)			1 841,5 2 052,0 2 027,9			

Recettes ne pouvant être dépensées à nouveau : Ces recettes étaient constituées de dépenses antérieures créditées au trésor<sup>1</sup>. Elles ne peuvent pas être dépensées à nouveau, mais sont disponibles pour le gouvernement.

Les chiffres en caractères gras correspondent aux dépenses ou recettes réelles de 1998-1999.

Recettes ne pouvant être dépensées à nouveau : Ces recettes étaient auparavant appelées « Recettes créditées au Trésor ». Elles ne peuvent pas être dépensées par le Ministère, mais sont disponibles pour le gouvernement.

\* Équivalents temps plein (ETP)



## SECTION V : RENDEMENT FINANCIER



### Aperçu du rendement financier

Les tableaux financiers sommaires qui suivent sont présentés pour donner un aperçu de l'utilisation des ressources de Santé Canada en 1998-1999, ainsi que des renseignements comparatifs pour les exercices antérieurs. Cette année encore, Santé Canada s'est efforcé de faire l'usage le plus efficace et le plus efficient possible de ses ressources, afin de faire en sorte que les Canadiens en aient pour leur argent.

Dans l'ensemble en 1998-1999, les fonds non dépensés en fin d'exercice à Santé Canada n'étaient pas considérables. L'excédent a été de 20,3 millions de dollars, ou 1 %, pour les ressources de fonctionnement, et de 4,6 millions de dollars pour les contributions, ou un quart de 1 %. Ces excédents sont d'abord attribuables aux retards dans la mise en route de nouvelles initiatives, et au calendrier des contributions aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux organismes sans but lucratif dans le domaine de la santé et des services sociaux.





But de l'initiative réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
Règlement sur le tabac (Déclaration)	La proposition vise à étendre la liste des ingrédients et des émissions qui doivent être déclarés, et elle s'appliquera à toutes les classes de produits du tabac. À cette fin, une Lettre de renseignements de la Direction générale de la santé a été publiée le 10 juin 1998 pour demander des commentaires sur ces propositions réglementaires. Les commentaires ont été analysés, et le texte réglementaire est en train d'être rédigé par la Section de la réglementation (Justice).	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.



# Principales initiatives législatives/réglementaires (suite)

But de l'initiative / réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
Règlement sur le tabac (Promotion) Des propositions réglementaires sont en voie d'élaboration et devraient être publiées dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i> en 1999-2000.	De nouveaux règlements seront proposés, qui pourront influencer sur la publicité et la promotion de commandite des produits et des accessoires du tabac. Le but est de protéger les Canadiens (en particulier les jeunes) contre la tentation du tabac. Un document de consultation, <i>Options pour la réglementation de la promotion du tabac</i> , a été publié et remis à l'industrie et aux parties intéressées en janvier 1999 pour obtenir leurs commentaires.	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme et le contenu finals des règlements seront connus.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.



But de l'initiative / réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
Règlement sur les produits antiparasitaires	L'adoption de la Loi sur produits antiparasitaires exigera des changements aux règlements dans les domaines de la participation du public, de l'accès à l'information à l'appui des homologations de pesticides, des types d'homologation, de la protection des droits de priorité aux données, de la déclaration des effets défavorables et d'une base de données nationale sur les pesticides.	Les critères de mesure du rendement seront connus.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.
Règlement sur les produits antiparasitaires	La proposition fera augmenter le nombre d'ingrédients et d'émissions qui devront être déclarés sur l'emballage afin de mieux sensibiliser les consommateurs aux dangers des produits du tabac, elle exigera en outre l'affichage de graphiques dans les mises en garde contre ces dangers. Un document de consultation, <i>Projet de nouvelles exigences d'étiquetage pour les produits du tabac</i> , a été publié et remis à l'industrie et aux parties intéressées en janvier 1999 pour obtenir leurs commentaires.	Les critères de mesure du rendement seront connus.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.
Règlement sur le tabac (Étiquetage)	Des propositions réglementaires sont en voie d'élaboration et devraient être publiées dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i> à l'automne 1999.	Des propositions réglementaires seront publiées dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i> à l'automne 1999.	Des propositions réglementaires seront publiées dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i> à l'automne 1999.

But de l'initiative réglementaire / législative		Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
Règlement sur les aliments et drogues (Allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs)	Les règlements sont en train d'être rédigés en vue de leur publication dans la <i>Partie I de la Gazette du Canada</i>	Fournir au consommateur des informations quant à la teneur en éléments nutritifs qui : <ul style="list-style-type: none"><li>- sont uniformes, exactes et non trompeuses;</li><li>- sont fondées sur des critères de santé et sont conformes aux conseils en matière de diététique;</li><li>- ne sont pas contraires aux questions de santé et de sécurité, mais tiennent compte des considérations économiques et commerciales.</li></ul>	Moins de dossiers d'allégations de propriétés nutritives et moins d'activités de vérification de la conformité.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements n'auront pas été publiés dans la <i>Partie II de la Gazette du Canada</i> .
Règlement sur les aliments et drogues (Révision du Titre 16 - Tableaux d'additifs alimentaires).	Les modifications ont été incorporées dans le projet de loi sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada, qui permettra d'aller de l'avant avec ces révisions.	La nouvelle approche donnera plus de latitude à l'industrie dans l'utilisation des additifs alimentaires, tout en continuant de garantir la sécurité du public.	Moins de dossiers d'additifs alimentaires, moins de modifications aux normes alimentaires et moins de mesures d'application de la loi.	Un marché est en train d'être planifié pour corriger les lacunes révélées par les Services juridiques. Les résultats commenceront à se faire sentir un an après la publication des modifications dans la <i>Partie II de la Gazette du Canada</i> .
Règlement sur les aliments et drogues (Sang)	Attente de la mise au point définitive des normes de la CAS pour le sang	Santé Canada pose d'adopter de nouveaux règlements et d'en mettre à jour d'autres pour assurer la sûreté du sang et des composants sanguins, ainsi que des tissus et organes destinés à être transplantés, y compris les xénogreffes.	Les critères de mesure du rendement seront établis une fois que la forme des règlements seront connus.	Les résultats de cette initiative ne seront pas connus tant que les règlements ne seront pas terminés et n'auront pas été publiés.



Initiatives réglementaires

Santé Canada continue de mettre à jour et de réviser son système réglementaire afin de protéger de manière plus efficiente la santé, la sécurité et l'environnement. Les initiatives du Ministère protègent le bien-être des Canadiens et des Canadiennes par la prise en charge des risques que présentent les aliments, le tabac, l'environnement naturel et les milieux de travail, ainsi que les produits thérapeutiques, les produits antiparasitaires, les produits de consommation et les produits industriels.

La présente section sur les initiatives réglementaires couvre la période de janvier 1998 à mars 1999, la période de rapport passant de l'année civile à l'année financière. Elle intègre les initiatives législatives et réglementaires indiquées dans le Plan de réglementation fédérale de 1997 et d'autres réglementaires proposées dans le Rapport sur les plans et priorités de 1998.

Principales initiatives législatives/réglementaires

But de l'initiative / réglementaire / législative	Résultat attendu	Critères de mesure du rendement	Résultat
Règlement sur les aliments et drogues (Bonnes pratiques de fabrication [BPF] pour les aliments)	Ces BPF établiraient des exigences de fabrication et de distribution minimales considérées comme essentielles pour la salubrité des produits alimentaires au Canada. Elles serviraient de point de départ pour l'harmonisation des exigences réglementaires au niveau fédéral, provincial et territorial, ainsi que par rapport aux <i>Principes généraux d'hygiène alimentaire</i> élaborés par la Commission du <i>Codex Alimentarius</i> .	Les progrès de l'industrie alimentaire pour établir des mesures conformes aux BPF dans tout le continuum de la production, de la fabrication et de la vente au détail d'aliments seraient mesurés par des activités d'inspection, de vérification de la conformité et d'exécution de la loi de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA).	Les BPF ont été élaborées, mais les règlements ont été retardés en raison de la formation de l'ACIA et du processus de renouvellement législatif en cours à Santé Canada et à l'ACIA. Il a été suggéré que les BPF proposées soient incorporées dans les règlements fédéraux unifiés sur les aliments pris en vertu de la loi proposée sur la salubrité et l'inspection des aliments au Canada.







- 1 Loi sur les produits antiparasitaires
- 2 Loi canadienne sur la protection de l'environnement
- 3 Loi sur les produits dangereux
- 4 Loi sur les aliments et drogues
- 5 Loi sur les dispositifs émettant des radiations
- 6 Loi canadienne sur l'évaluation environnementale

- collaboration avec les intéressés pour élaborer des stratégies de réduction des risques posés par des substances dangereuses, y compris des contaminants inquitants (p. ex. appui de l'adoption de la lutte antiparasitaire intégrée, participation aux Plans d'action régionaux nord-américains pour les polluants et métaux organiques persistants, initiatives bioregionales et Processus des options stratégiques en vertu de la Politique de gestion de substances toxiques);
  - élaboration, examen et révision des politiques et des lois en matière de santé pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins d'un Canada en santé (p. ex. la nouvelle politique de réduction des risques de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire, le renouvellement de la LCPE, le Plan d'intervention fédéral en cas d'urgence nucléaire, et la loi proposée sur la sûreté des produits liés à l'eau potable).
- trouver des solutions à des problèmes planétaires complexes qui se répercutent directement sur la santé des Canadiens, comme la biodiversité, le changement climatique, et le transport sur de longues distances de polluants organiques persistants);

À mesure qu'une philosophie de développement durable est intégrée plus totalement dans tous les aspects des activités du Ministère, il devient plus difficile de rendre compte de l'étendue des progrès. Cette section met en relief les activités les plus évidentes qui assureront aux Canadiens un avenir plus sain et plus durable. On trouvera plus de détails au sujet des progrès réalisés relativement aux objectifs révisés de la Stratégie de développement durable de 1997 du Ministère dans le *Rapport sur les progrès de 1997-1998*, dans les pages Web de Santé Canada :

< [http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health_f.htm) >

Voici certains faits saillants :

- création d'un Bureau du développement durable, qui fournit des ressources pour la coordination inter-directions générales et détermine des cibles plus quantifiables;
- instauration à la grandeur du Ministère d'une culture de la santé des populations et du développement durable qui reconnaît et cible tous les déterminants sociaux, culturels, économiques et environnementaux de la santé;
- mise en service d'un Système de gestion environnementale qui donne la garantie que nous gérons les opérations d'une manière qui minimise les risques pour la santé humaine et l'environnement, qui satisfait aux exigences législatives et aux normes ou les dépasse, et qui vise constamment à réduire toute conséquence nocive pour l'environnement des décisions, des activités et des opérations matérielles du Ministère;
- redéfinition du système de surveillance de la santé du Ministère afin de le rendre plus efficient, sensible à la situation internationale, complet, accessible, et respectueux des besoins et des responsabilités des provinces et des territoires;
- consultation et information accrues des intéressés par l'entremise de groupes consultatifs (p. ex. le Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire établi en 1998) et de consultations publiques sur diverses questions qui touchent la santé des Canadiens, et création d'un Bureau des affaires des consommateurs et de la participation du public;
- prise en compte plus totale des personnes ou des groupes qui peuvent être exposés à des risques additionnels (p. ex. enfants, femmes enceintes et Autochtones) dans notre évaluation avant et après commercialisation de produits chimiques et autres en vertu de la LPA<sup>1</sup>, de la LCP<sup>2</sup>, de la LPD<sup>3</sup>, de la LAD<sup>4</sup>, de la LDERS<sup>5</sup>, et de la LCEE<sup>6</sup>;
- redéfinition du processus ministériel d'évaluation et de gestion des risques pour qu'il repose davantage sur une base scientifique, soit plus exhaustif et tienne davantage compte des questions de durabilité;
- recherche de partenariats et préparation d'ententes internationales pour





La Division de la gestion du matériel de Santé Canada a pour responsabilité d'aider à l'acquisition de matériel et de services nécessaires à la réalisation des activités de programme du Ministère, et de fournir des avis à cet égard. Elle prépare en outre les biens en vue de la mise en service de nouveaux systèmes, processus ou initiatives, et améliore l'efficacité des processus pour l'achat et la gestion des biens matériels du Ministère. Les exemples suivants attestent ce mandat :

- achèvement d'un processus de validation et de conversion de la base de données de 72 000 biens de Santé Canada afin d'exclure les biens non critiques de la mise en service prévue de SAP;
- adoption d'un module d'approvisionnement pour le système SAP;
- mise en service, en format Lotus Notes, d'une base de données du Centre des politiques portant sur la gestion du matériel qui sert de référence pour la gestion des contrats, du parc automobile, des biens et de l'inventaire;
- appui continu de la Stratégie fédérale d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones par diverses initiatives dont la création d'un inventaire des fournisseurs autochtones pour le Ministère et une exposition de la technologie informatique autochtone à Santé Canada.

- des données préliminaires sur l'état de préparation au passage à l'an 2000 dans le secteur de la santé ont été présentées au Groupe de planification nationale de contingence, ainsi que des données sur les matériels médicaux, le système d'approvisionnement en sang et les produits pharmaceutiques aux fins de l'évaluation du risque pour l'infrastructure nationale de mars 1999.

#### Communications

- une stratégie de communication et un plan de mise en oeuvre ont été établis pour l'ensemble du Ministère, en conformité avec les communications du Conseil du Trésor;
- une série de feuillets de renseignements et une brochure générale, « L'an 2000 et votre santé », ont été préparées; une stratégie de diffusion vaste et diversifiée, qui vise notamment les collèges fédéraux-provinciaux-territoriaux et les associations du secteur de la santé, a été préparée; un site Web de l'an 2000 à Santé Canada < <http://www.hc-sc.gc.ca/2000/> > a été créé; et des informations ont été fournies au service de renseignements 1-800 du gouvernement du Canada;
- des feuillets de renseignements sur des sujets comme les matériels médicaux, les produits thérapeutiques, les dispositifs émettant des radiations et les personnes âgées ont été terminés.

## État de préparation du Ministère

- au 31 mars 1999, la préparation globale des systèmes informatiques de Santé Canada critiques pour la mission de tout le gouvernement du Canada était à 92 % complète, et celle de ses systèmes intégrés, à 82% complète, pour un indice de préparation combiné de 88 %;
- à la même date, la préparation globale des systèmes critiques pour la mission de tout le Ministère s'établissait à 88 %;
- une structure de supervision et de gouvernance, des plans d'analyse des risques et de contingence pour les fonctions ministérielles, ainsi que des plans pour assurer la continuité des opérations ont été établis;
- des plans d'urgence et de reprise des opérations pour le Ministère et ses agences ont été préparés, et la formation ainsi que les essais connexes ont eu lieu.

## Responsabilités réglementaires (matériels médicaux, sang et médicaments) de la Direction générale de la protection de la santé

- plus de 2 000 fabricants de matériels médicaux ont été contactés. Selon les réponses reçues, une proportion d'entre eux se sont fortement engagés à aborder les questions de conformité à l'an 2 000;
- les noms des fabricants qui n'ont pas répondu ont été affichés dans les pages Web du Programme des produits thérapeutiques

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/html/frn/y2k-md.html> > ;

- collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour diffuser l'information aux établissements de soins de santé;
- les sociétés d'approvisionnement en sang, c'est-à-dire la Société canadienne du sang (SCS) et HEMA-Québec, ont été soumises à des vérifications;
- une liste critique de produits pharmaceutiques et de fabricants a été établie.

## Planification nationale de contingence

- un questionnaire d'enquête a été établi puis approuvé par les provinces et les territoires pour la collecte de données relatives à l'an 2000 sur les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé (secteur des soins de santé);
- des relations de travail axées sur la coopération ont été établies avec les provinces et les territoires;
- une base de données a été créée pour le stockage et le traitement des données d'enquête; des protocoles ont été établis pour la transmission électronique des données au Groupe de planification nationale de contingence;





## SECTION IV : RAPPORT D'ENSEMBLE



### Préparation au passage à l'an 2000

Projet An 2000

- Le mandat de la Direction du projet An 2000 de Santé Canada est d'établir un centre de coordination des activités en cours touchant le passage à l'an 2000 à tous les niveaux de Santé Canada et de jouer un rôle directeur si besoin est :
- en mettant en place l'infrastructure de gestion pour veiller à ce que le Ministère respecte ses engagements relatifs à l'an 2000;
  - en élaborant des mesures claires et uniformes par rapport aux entreprises du Ministère relativement à l'an 2000;
  - en surveillant l'état de préparation des systèmes ministériels, y compris des systèmes critiques pour la mission du gouvernement au sein de la Direction générale des services médicaux et de la Direction générale de la protection de la santé, des systèmes critiques pour la mission du Ministère et des systèmes intégrés, et en préparant les plans d'urgence du Ministère;
  - en travaillant avec les directions générales pour les appuyer et déterminer les failles ou les risques potentiels ainsi que les progrès par rapport aux plans;
  - en recueillant, en analysant et en transmettant au Groupe de planification nationale de contingence pour l'an 2000 des informations sur l'état de préparation des hôpitaux et des autres établissements de santé, les responsabilités réglementaires du Ministère, et, en coopération avec Environnement Canada, les systèmes d'aqueduc et d'égout;
  - en conseillant la direction du Ministère relativement aux progrès par rapport aux plans;
  - en assurant la liaison avec les organismes centraux.



## Imputabilité pour les résultats clés

### Responsabilité principale :

Sous-ministre adjoint principal - Direction générale des services de gestion

### Coreponsabilité :

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse  
et de la connectivité

Directeurs généraux régionaux

Directeur, Vérification interne



- mise en service d'un module d'approvisionnement pour le système SAP, de même que pour l'accès électronique aux politiques de gestion du matériel de Santé Canada, pour améliorer l'efficacité des processus d'achat et de gestion des biens matériels du Ministère;
- élaboration et mise en application, en conformité avec les engagements pris dans la Stratégie de développement durable de 1997 de Santé Canada, d'un système de gestion de l'environnement qui favorisera la réduction des effets nocifs des opérations ministérielles sur l'environnement;
- appui de la Stratégie fédérale d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones par diverses initiatives, dont la création d'un répertoire de fournisseurs autochtones pour le Ministère.

#### Réalisations

Améliorer les capacités du Ministère de gérer ses biens.

#### Priorité 6.5

- premier ministre membre de l'Infrastructure à clés publiques pour l'ensemble du gouvernement. Il s'agit d'une étape importante dans l'initiative Prestation de services électroniques protégés à Santé Canada, qui offre des solutions de sécurité communes en matière de technologie de l'information (TI) pour la prestation électronique de services et facilite l'échange d'information entre le Ministère et des organismes des secteurs public et privé;
- révision et diffusion de la politique de gestion des dossiers du Ministère, qui fournit des indications au sujet du cycle de vie des biens d'information du Ministère;
- établissement d'une capacité de préparation et de planification en matière de TI pour entreprendre des initiatives stratégiques de TI et de planification et de mise au point d'architecture, y compris mise à l'essai complète de nouvelles technologies avant leur introduction sur le réseau « Entreprise » du Ministère.

#### Réalisations

Faire une utilisation efficace des technologies de l'information.

#### Priorité 6.4

- utilisation efficace de technologies de l'information pour gérer les ressources financières, y compris introduction de matériels, de logiciels et de services d'appoint supplémentaires par suite de l'adoption du système SAP.
- même que l'intégration des renseignements financiers et des données sur le rendement en conformité avec la Stratégie d'information financière dans tout le gouvernement;



- adoption le 31 mars 1999 du système intégré de gestion des finances et du matériel Systèmes, Applications, Produits (SAP), qui est conforme aux exigences du passage à l'an 2000 et qui renforcera les capacités du Ministère pour ce qui est des rapports horizontaux et de la comptabilité d'exercice, de

#### Réalisations

Améliorer les capacités du Ministère de gérer ses ressources financières.

#### Priorité 6.3

- revue des processus de dotation en personnel pour déterminer les pratiques et les cultures organisationnelles qui créent des obstacles à l'équité en matière d'emploi, et correctifs apportés au besoin;
- constitution d'un fonds pour appuyer la formation linguistique dans tout le Ministère;
- mise en oeuvre réussie de la deuxième année d'un plan d'action pour l'emploi de personnes appartenant à une minorité visible.



#### Réalisations

S'assurer que les stratégies de ressources humaines tiennent compte des objectifs en matière de langues officielles et d'équité en matière d'emploi.

#### Priorité 6.2

- évaluations de tous les postes dans des groupes clés des catégories sciences, économie et programme pour déterminer les besoins sur le plan de la dotation en personnel au cours des années à venir;
- établissement, avec le concours de la Commission de la fonction publique, d'un inventaire automatisé d'environ 1 800 personnes disponibles pour combler des postes clés en sciences, au besoin;
- participation active, de concert avec la Commission de la fonction publique, à des campagnes de recrutement de diplômés des niveaux collégial ou universitaire pour combler des postes, notamment dans les groupes économie et sciences infirmières;
- création de programmes pilotes de perfectionnement professionnel pour les agents de niveau subalterne et intermédiaire, et mise sur pied du Programme de perfectionnement en gestion pour renforcer les capacités des personnes reconnues comme des cadres supérieurs en puissance.

#### Réalisations

Appuyer le renforcement continu de l'effectif de Santé Canada.

#### Priorité 6.1

## Secteur d'activité 6 : Services ministériels (SM)

### Objectif

Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils ou de directives aux cadres supérieurs, en vue de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses
prévues en 1998-1999	totales en 1998-1999	réelles en 1998-1999
Dépenses brutes	157,1	147,3
Recettes attendues	(1,3)	(1,2)
Dépenses nettes	88,2	146,1*

\* Cette somme représente 7,3 % des dépenses réelles du Ministère.

### Contexte

Les Services ministériels fournissent une gamme complète de services administratifs dans tout le Ministère :

- planification financière, systèmes et administration;
- planification des ressources humaines, développement et opérations;
- gestion de l'information, y compris technologie de l'information;
- gestion des biens, y compris acquisition de biens et services;
- santé au travail, sûreté et sécurité;
- correspondance du Ministre et du Sous-ministre.

En plus, les Services ministériels appuient la gestion globale des ressources du Ministère :

- en guidant et en conseillant sur le plan fonctionnel les gestionnaires de programme;
- en intégrant les options, les évaluations, les plans et les rapports en matière de ressources;
- en encourageant des méthodes de contrôle modernes;
- en entreprenant des vérifications internes.





### Imputabilité pour les résultats clés

#### Responsabilité principale :

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

#### Coreponsabilité :

Sous-ministre adjoint - Direction générale des politiques et de la consultation  
Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la protection de la santé

Sous-ministre adjoint - Direction générale des services médicaux

Directeurs généraux régionaux

- a publié le rapport final de la Conférence nationale sur l'infrastructure de la santé, dont le Ministère a été l'hôte avec le ministère de la Santé de l'Alberta et qui a réuni quelque 300 personnes de divers secteurs, y compris des représentants des Premières nations et des Inuits et des représentants internationaux, pour discuter de la création d'une infrastructure canadienne de la santé;
- a procédé au travail préliminaire, en collaboration avec ses homologues provinciaux et territoriaux, en vue de l'établissement d'un mécanisme officiel de collaboration fédérale-provinciale-territoriale sur les questions d'infrastructure de la santé;
- a établi des groupes de travail, par l'entremise du forum fédéral-provincial-territorial des chefs de l'information sur la santé, sur l'an 2000, la protection des renseignements personnels, la sécurité et les normes. Cette initiative a donné lieu à la création du Centre canadien d'information pour la santé relativement à l'an 2000 par suite de la négociation d'une initiative fédérale-provinciale-territoriale de 4,5 millions de dollars. Le groupe de travail sur la protection des renseignements personnels est en train d'harmoniser un régime pour la protection des renseignements personnels et le groupe de travail sur la sécurité est en train d'établir un réseau national de communications sécurisées, pendant que le groupe de travail sur les normes définit un cadre pour le modèle de gestion des normes au Canada;
- pour donner suite à la priorité qu'est la télésanté :
  - a défini le mandat d'un groupe de travail national sur la télésanté;
  - a appuyé l'établissement de la Société canadienne pour la télésanté;
  - a appuyé la participation à un forum de projets spéciaux du G7 ou du G8 sur la télémédecine d'un point de vue international global;
  - a entrepris des activités de recherche sur les politiques et de collaboration pour déterminer le potentiel du domaine des télé-soins à domicile et définir ce domaine, y compris l'organisation d'un atelier de consultation avec CANARIE;

participation de nombreux groupes de Canadiens; secteurs des soins à domicile et des soins communautaires, aura bénéficié de la par exemple de politiques pour l'amélioration et le développement futurs des professionnels. Résultat de ce processus, l'élaboration de politiques ministérielles, fournisseurs de soins à domicile, et les représentants d'organismes

dont les fournisseurs de services, les territoriaux et des intervenants clés, avec les gouvernements provinciaux et des présentations et des réunions, consultation, par des tables rondes, amorcé un dialogue et une politiques. À cette fin, le Ministère a dans le processus d'élaboration des assurer l'inclusion d'intervenants clés communication et de consultation pour a établi des mécanismes permanents de

panaméricaine de la santé pour travailler à l'amélioration de la santé des femmes; comme les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation informations et de collaborer activement avec des organisations internationales des avantages de cette initiative est de permettre au Ministère d'échanger des Canada, pour en déterminer l'incidence potentielle sur la santé des femmes. Un femmes, y compris chaque nouveau programme ou nouvelle politique de Santé permettra d'évaluer les politiques et les programmes fédéraux pour la santé des de santé et aux besoins en matière de santé des femmes. La Stratégie pour veiller à ce que le système de santé soit mieux adapté aux questions

< <http://www.hc-sc.gc.ca/dataapcb/datawhb/stratfem.htm> >

l'impact des réformes du système de santé; l'abus, d'alcool et de drogues, la santé sexuelle et génésique, l'accès aux services questions comme la santé mentale, produisant des connaissances sur des en réalisant des recherches et en femmes sur le plan de la santé adapté aux besoins distinctifs des système de santé canadien mieux des femmes contribuera à rendre le des centres d'excellence pour la santé parcours a été entreprise. Le travail jusqu'en 2002, et une évaluation à mi-

santé. Le programme se poursuit la santé pour influencer sur l'état de

## Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes, septembre 1996

Bien qu'elles vivent 6,3 années de plus que les hommes, les femmes ne profitent que de 1,5 année de vie sans invalidité de plus.

À Santé Canada, notre engagement consiste à faire participer les Canadiens à l'élaboration des principales politiques du Ministère par une consultation et une communication efficaces.



- a mené des recherches sur des questions comme les déterminants de la santé, l'accessibilité et l'utilisation des soins de santé, et des approches sexuellement neutres de la recherche et de l'évaluation des services de santé sous les auspices du programme des cinq centres d'excellence pour la santé des femmes. Ces travaux contribuent à combler un vide de longue date dans la recherche sur la santé des femmes, et à créer une base d'informations sur la façon dont le sexe et l'activité sexuelle se combinent à d'autres déterminants de rentabilité et plus efficient;
- a continué de travailler en étroite collaboration avec le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins de longue durée pour définir de nouvelles approches permettant d'améliorer le système de santé du Canada. Jusqu'ici, le groupe de travail a terminé l'élaboration préliminaire d'un cadre analytique qui permettra d'extrapoler les besoins des Canadiens en fait de soins continus jusqu'en 2041. D'autres questions à aborder sont celles d'indicateurs de rendement pour les soins de longue durée, de la combinaison services publics-services privés dans les soins de longue durée, de l'analyse quantitative des tendances démographiques et épidémiologiques pour ce qui est des besoins de soins de longue durée, de la recherche sur le rapport coût-efficacité des soins à domicile, et des encouragements et obstacles financiers dans les soins de longue durée. Les avantages de cette initiative pour les Canadiens sont un système de santé mieux intégré, plus rentable et plus efficient;



## Réalisations

Santé Canada :

Dans le secteur des politiques et de la planification en matière de santé,

## Priorité 5.2

- mise de 95 millions de dollars à la disposition de l'Institut canadien d'information sur la santé pour diriger un effort intégré pancanadien visant à améliorer la collecte de données et l'échange d'informations qui feront partie du Carnet de route de l'information sur la santé. Des rapports publics seront produits sur la santé des Canadiens, ainsi que sur l'efficacité, l'efficience et la capacité d'intervention du système de santé canadien, ce qui permettra aux Canadiens de devenir de meilleurs partenaires de ce système.
- premier pas en vue de créer les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS), conformément à l'annonce faite dans le budget de 1999. Les ICRS sont maintenant dirigés par un conseil d'administration provisoire formé de 34 personnes nommées par le Ministre et appuyé par un Secréariat de la transition récemment établi;
- publication du rapport final du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Inroute santé du Canada – Voies vers une meilleure santé*. Le Conseil a fait 39 recommandations sur l'information en matière de santé pour le grand public, la télésanté, la garantie d'accès, les mécanismes législatifs destinés à protéger les renseignements personnels, et une infrastructure de la santé pour les Autochtones. Une réponse à ce rapport est attendue à l'automne 1999;
- premier pas en vue de créer les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS), conformément à l'annonce faite dans le budget de 1999. Les ICRS sont maintenant dirigés par un conseil d'administration provisoire formé de 34 personnes nommées par le Ministre et appuyé par un Secréariat de la transition récemment établi;

Assurer une surveillance nationale de la santé de première classe et fournir une information provenant de la recherche sur la santé qui est accessible à tous les Canadiens.

## Réalisations

- soutien financier de projets de recherche et d'activités connexes par l'entremise de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), l'Institut de la santé de la population, et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Par exemple, le Ministère finance actuellement, de concert avec la FCRSS, un projet du Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'université McMaster qui a pour titre "Values in Canadian Health Policy: What Are We Talking About?" (Les valeurs dans la politique sanitaire canadienne : de quoi parlons-nous?). Le projet offre un cadre conceptuel pour aider les responsables des politiques à distinguer les types de valeurs parmi les patients et les soignants et à mettre au point des outils pour aborder et examiner ces questions de façon plus approfondie;

- co-parrainage avec l'Institut canadien d'information sur la santé et le groupe d'intervention Action Santé du projet "The Evolution of Public and Private Health Care Spending in Canada, 1960 to 1997" (L'évolution des dépenses publiques et privées au titre des soins de santé au Canada, 1960 à 1997). L'objectif était d'examiner les dépenses du secteur privé au chapitre de la santé, de clarifier les relations entre les dépenses du secteur public et celles du secteur privé, et de déterminer les données et les informations manquantes afin d'établir les priorités de recherche futures. L'avantage de ce projet est qu'il nous aidera à mieux comprendre la dynamique public-privé dans le secteur de la santé, et qu'il offrira une base pour la détermination des axes de recherche et d'analyse futures en matière de politiques dans ce domaine;

- mise en application du programme de soutien de l'infrastructure de la santé, qui prévoit 8,7 millions de dollars pour le financement de 36 projets innovateurs auxquels participent plus de 30 organisations de prestation de soins dans tout le Canada, avec le concours financier, d'entreprises du secteur privé dont la contribution s'élève à 2,2 millions de dollars;

- soutien continu des projets d'infrastructure de Santé Canada (Système d'information sur la santé des Premières nations, Système national de surveillance de la santé et Réseau canadien de la santé), y compris la détermination de la portée, la structure de gouvernance, la stratégie de consultation/partenaire, et d'autres importantes questions comme la protection des renseignements personnels, la sécurité, la responsabilité et la propriété intellectuelle. Ces initiatives, annoncées dans le budget de 1999, sont financées à hauteur de 102 millions de nouveaux dollars sur une période de trois ans;





Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information  
en matière de santé (PPIS)

Objectif

Favoriser à Santé Canada un processus décisionnel stratégique fondé sur des données probantes et promouvoir l'application d'un processus semblable au sein du système de santé canadien et de la population canadienne.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	1998-1999	1998-1999	1998-1999
Dépenses	110,1	288,4	288,1*
prévues en			
Dépenses			
réelles en			
1998-1999			

\* Cette somme représente 14,5 % des dépenses réelles du Ministère.

Contexte

Le secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) joue quatre rôles clés :

- aide à élaborer des programmes, des politiques et des plans stratégiques nationaux de grande envergure;
- aide à favoriser la vaste gamme de recherches nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé du Canada;
- favorise la création et l'application de technologies et de systèmes d'information innovateurs dans le secteur de la santé;
- rend les décideurs de la politique sanitaire comptables de l'efficacité de leurs décisions visant à favoriser une meilleure santé.

Afin d'atteindre ses objectifs, Santé Canada a créé une nouvelle structure en novembre 1998, soit la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) afin d'améliorer la production et l'utilisation de l'information et de la recherche en matière de santé, et de renforcer les bases analytiques du Ministère. Par l'entremise de la DGIAC, le Ministère améliore le fondement analytique de la prise de décision; élabore un cadre et des politiques stratégiques à long terme qui déterminent, orientent et réorientent la participation du gouvernement à la politique de recherche en santé et à la recherche sur la politique en matière de santé; favorise l'utilisation imaginative de l'autoroute de l'information dans le secteur de la santé; et, en coopération avec les provinces et les territoires, le secteur privé et des partenaires internationaux, fournit conseils, expertise et assistance sur le plan de la gestion et de la technologie de l'information, de la planification et des opérations.





- financement récent (en collaboration avec le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la régionalisation, les indicateurs de rendement et les résultats) de deux études de synthèse de la recherche sur les cadres et les approches actuels au Canada et dans certains pays de l'OCDE pour assurer la reddition de comptes publics sur le rendement du système de santé et les résultats connexes sur le plan de la santé. Les résultats attendus de tous ces projets seront une accessibilité et une qualité accrues des soins de santé.

#### **Imputabilité pour les résultats clés**

#### **Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale des politiques et de la consultation

#### **Coreponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité



- préparation de documents de travail pour présenter :
  - des renseignements sur les valeurs et les éléments constitutifs proposés pour guider le développement futur des soins à domicile;
  - une synthèse des programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile; un aperçu des questions de ressources humaines dans les soins à domicile.
- collaboration initiale avec Développement des ressources humaines Canada pour réaliser une étude nationale du secteur de ressources humaines des soins à domicile et faire des recommandations afin d'améliorer les questions de travail au domicile;
- collaboration avec les provinces, les territoires et les autres intervenants dans le secteur de la santé, par l'entremise du Comité fédéral-provincial-territorial des questions pharmaceutiques, pour améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments nécessaires du point de vue médical en rendant plus abordable la gamme actuelle de programmes d'assurance-médicaments. Ces travaux ont surtout porté sur les prix des médicaments, l'utilisation des médicaments et les possibilités de rendre le système plus efficient. Par exemple :
  - le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur les prix des produits pharmaceutiques a terminé un examen des tendances dans les prix et les dépenses, des niveaux de prix et des facteurs qui pousse les prix à la hausse pour les médicaments d'ordonnance dans les six provinces qui participent à l'étude. Le groupe d'étude a également entrepris une comparaison interprovinciale des prix des produits pharmaceutiques;
  - le Groupe d'étude fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation des médicaments et l'Association médicale canadienne ont parrainé ensemble une table ronde sur les pratiques exemplaires comme une étape en vue de l'élaboration d'une stratégie pancanadienne sur les habitudes de prescription.
- Les avantages de ces initiatives pour les Canadiens sont de meilleurs prix pour les médicaments et des habitudes de prescription améliorées.
- définition d'approches nationales de questions relatives au renouvellement du système de soins médicaux, comme les listes d'attente, les directives de pratique et les ressources professionnelles en matière de soins de santé. À ce jour, le travail du Ministère pour réaliser cet engagement est illustré par les progrès accomplis dans le cadre des initiatives suivantes :
  - financement d'un projet de synthèse de la recherche pour déterminer la nature, l'ampleur et les caractéristiques des listes d'attente pour les soins de santé nécessaires. L'étude a révélé que la création et la gestion des listes d'attente n'obéissent à aucune méthode uniforme et varient grandement d'un médecin à l'autre en fonction des approches et des critères individuels. Par conséquent, le Ministère a annoncé en septembre 1998 un projet de deux millions de dollars, sur une période de 18 mois, pour élaborer et mettre à l'essai de nouveaux systèmes et outils normalisés pour établir la priorité des besoins des patients et gérer les listes d'attente pour des actes médicaux choisis;



- adoption, par l'entremise de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, d'un ensemble d'orientations et de priorités futures dans le secteur de la santé pour guider les efforts collectifs des deux paliers de gouvernement afin d'améliorer le système de santé et l'état de santé des Canadiens.
- collaboration avec les provinces et les territoires pour favoriser l'adoption de normes, d'outils de planification, d'une terminologie et de systèmes de rapport communs pour les soins à domicile, ainsi que pour faire mieux connaître les pratiques exemplaires afin de préparer une proposition en vue d'investissements futurs fondés sur ces connaissances; mise au point d'outils avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants pour améliorer l'abordabilité et la durabilité des régimes d'assurance-médicaments actuels, comme le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments, ainsi que pour encourager des prix justes et raisonnables des médicaments, une diffusion et une pénétration plus grandes de directives de pratique clinique choisies, et un échange accru de données provenant de l'évaluation des médicaments entre les gouvernements;
- création d'un centre de liaison pour la collaboration avec les provinces, les territoires et les autres partenaires afin de faciliter l'essor du secteur des soins à domicile et des soins communautaires comme élément intégral d'un système de santé coordonné et complet pour les Canadiens;
- appui à la réalisation d'une série de projets de recherche, en collaboration avec des partenaires provinciaux et territoriaux, pour accroître les connaissances disponibles au sujet des soins de longue durée, des soins à domicile et des soins communautaires. Ces travaux ont porté sur les besoins prévus des clients, les indicateurs de rendement pour les soins de longue durée, les tendances démographiques et épidémiologiques, et les incitatifs et obstacles financiers aux soins de longue durée;
- organisation d'une série de tables rondes nationales pour déterminer les partenaires et les priorités clés en vue d'interventions futures sur le plan des politiques, des connaissances et de l'infrastructure afin de veiller à ce que le secteur des soins à domicile et des soins communautaires évolue de telle manière à répondre aux besoins croissants et changeants des Canadiens. Les tables rondes ont mis en relief l'importance d'une approche concertée des soins à domicile et des soins communautaires au Canada;

### Priorité 4.3

Amélioration de l'équilibre entre les soins, le traitement, la prévention et la promotion, et meilleur rapport coût-efficacité du système de santé.

#### Réalisations

- collaboration avec les provinces et les territoires pour favoriser l'adoption de normes, d'outils de planification, d'une terminologie et de systèmes de rapport communs pour les soins à domicile, ainsi que pour faire mieux connaître les pratiques exemplaires afin de préparer une proposition en vue d'investissements futurs fondés sur ces connaissances; mise au point d'outils avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les intervenants pour améliorer l'abordabilité et la durabilité des régimes d'assurance-médicaments actuels, comme le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments, ainsi que pour encourager des prix justes et raisonnables des médicaments, une diffusion et une pénétration plus grandes de directives de pratique clinique choisies, et un échange accru de données provenant de l'évaluation des médicaments entre les gouvernements;



Renouvellement et modernisation du système de santé en coopération avec les provinces et les territoires.

## Réalisations

- travail avec les provinces et les territoires pour étudier des approches innovatrices (y compris l'utilisation de systèmes d'information) afin d'améliorer et de soutenir un système de santé mieux intégré;

- approbation, annonce et signature d'accords de contribution aux termes du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) pour la première phase de financement (44 projets), qui ont débuté en 1997-1998. Ces projets incluent une évaluation nationale du rapport coût-efficacité des soins à domicile, ainsi que des projets pilotes sur la technologie de la télémédecine visant à améliorer la prestation des soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées;

- sélection de la dernière série de projets dans le cadre du FASS. Ce processus a donné lieu à des activités bilatérales avec les provinces et les territoires, et à un concours de projets nationaux au coût de 10 millions de dollars. À la fin de l'exercice 1998-1999, la première année complète d'activité du FASS, 88 autres projets avaient été approuvés, et d'autres étaient encore à l'étude. Par exemple, un projet a été créé afin de mettre à l'essai des outils de gestion pour les listes d'attente. Comme les projets sont surtout de longue durée, les résultats de la plupart ne seront pas disponibles avant l'été ou l'automne 2000. Aucune autre phase de financement n'est prévue;

- publication, à l'été 1998, des rapports de la Conférence sur les approches nationales de l'assurance-médicaments et de la Conférence nationale sur les soins à domicile, organisées de concert avec la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse respectivement. Ces documents, avec d'autres importantes données recueillies dans le cadre d'autres projets du FASS, aident à renseigner les intervenants dans le système de santé sur les principaux faits nouveaux ou enjeux dans ces domaines prioritaires. Afin de faciliter la diffusion de l'information, le Ministère a créé un site Web où sont énumérés les projets et les rapports du FASS

< <http://www.hc-sc.gc.ca/ht-fass/> > ;



- Le FASS a financé des projets qui sont en train de produire de nouvelles données sur des sujets clés comme :
- le rapport coût-efficacité des soins à domicile;
  - le besoin de soins à domicile chez les Premières nations et les Inuits, et en milieu rural;
  - le besoin de services de soins palliatifs.



Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS)

Objectif

Assurer la durabilité d'un système de santé présentant un caractère national appréciable.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses nettes
Dépenses prévues en 1998-1999	1998-1999 totales en	82,0
1998-1999	1998-1999	34,8
Dépenses	30,6*	Dépenses nettes

\* Cette somme représente 1,5 % des dépenses réelles du Ministère.

Contexte

La préservation et la modernisation du système de santé canadien dans un contexte en perpétuel changement est la principale préoccupation du secteur d'activité Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS). Bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux soient responsables de la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral doit s'assurer que les services médicaux dans tout le Canada respectent les principes et les dispositions de la Loi canadienne sur la santé (LCS), et susciter un consensus national sur la manière d'alléger les pressions financières sur les secteurs public et privé, de maintenir l'accès universel aux soins de santé appropriés, et de parvenir à un meilleur équilibre entre les soins de santé, la prévention de la maladie, et la protection et la promotion de la santé.

Priorité 4.1

Accès à des services de santé qui sont conformes aux principes de la LCS : universalité, transférabilité, accessibilité, administration publique et intégralité. Réalisations

- négociation avec le Manitoba de l'abolition des frais d'établissements pour les services assurés dans des cliniques privées. En conséquence, les retenues sur les paiements au Manitoba dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) ont été arrêtées en décembre 1998. De plus, au cours de la période de référence, un certain nombre de points relatifs à la non-conformité possible dans d'autres régions du Canada ont été soulevés. Les consultations avec les responsables provinciaux et territoriaux ont permis de régler certains de ces points.





**Imputabilité pour les résultats clés**

**Responsabilité principale :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale des services médicaux

**Coreponsabilité :**

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé



Santé Canada reconnaît la relation particulière que les Premières nations et les Inuits entretiennent avec l'environnement. Dans le cadre du secteur d'activité Santé des Autochtones, le Ministère travaille avec les Premières nations et les Inuits à raccrocher le développement durable aux concepts autochtones de la santé et de l'environnement.

La création d'un système bien intégré et durable, dont le but ultime est le contrôle de leurs services de santé par les Premières nations et les Inuits, passe par l'établissement de relations et de partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits. Le Ministère également, par des programmes et des initiatives en matière d'environnement et de santé, poursuit activement des buts relatifs au développement durable et à la santé des Autochtones, en partenariat avec les Premières nations et les Inuits.

### Réalisations

- a continué d'appuyer les propositions de recherche des Premières nations et les évaluations analytiques des contaminants environnementaux;
- a inclus des clauses environnementales, au besoin, dans les ententes avec les Premières nations et les Inuits;
- a mené à terme le Programme sur la qualité de l'eau potable, permettant ainsi à plus de 100 communautés autochtones d'exploiter leurs propres systèmes de contrôle de la qualité de l'eau. Un protocole pour la détection et l'élimination des moisissures dans les habitations des Premières nations a été préparé, et les agents d'hygiène du milieu s'en servent maintenant sur le terrain. Le programme de formation des formateurs pour le transport des matières dangereuses et des déchets biomédicaux a également été réévalué pour assurer le transport efficace, sûr et durable de ces matières;
- a mené à terme le projet EAGLE (*Effects on Aborigines from the Great Lakes Environment*), qui durait depuis neuf ans. L'étude de la santé dans la région du Petit Lac des Esclaves a également pris fin, et des réunions ont eu lieu pour discuter des résultats avec les collectivités. En déterminant les habitudes alimentaires et les concentrations de contaminants dans les tissus, les collectivités ont été en mesure de fournir une information de haute qualité pour les stratégies de protection de la santé. Ces deux études serviront de modèle pour la surveillance, la recherche et le contrôle futurs dans les collectivités autochtones;
- a créé une base de données pour le système de gestion de l'environnement afin de permettre aux agents d'hygiène du milieu et aux gestionnaires d'installations dans tout le pays de déclarer la contamination. Avec les Premières nations, a préparé du plan directeur pour la gestion des systèmes de réservoirs de carburant et des sols contaminés. Un mécanisme d'intervention en cas de déversement a été établi, et des mesures ont été prises pour assainir le sol contaminé par des hydrocarbures non gazeux à Bearskin Lake (Ontario).

Travailler avec les Autochtones afin que leurs connaissances et leur expérience puissent renforcer l'approche de Santé Canada en matière de développement durable.

## Objetif

### Développement durable

- a négocié la fermeture de l'hôpital Blood Indian en Alberta.
- a accompli des progrès en vue de la planification des évaluations de la santé pour les services hospitaliers et de la négociation d'une nouvelle convention Lookout et de l'hôpital provincial situé à Sioux Lookout (Ontario);
- par suite d'une entente conclue par le Ministère, la province de l'Ontario, la municipalité de Sioux Lookout et la nation Nishnawbe-Aski, a continué à définir le processus pour la fusion de l'hôpital fédéral de la zone de Sioux Lookout et de l'hôpital provincial situé à Sioux Lookout (Ontario);
- a poursuivi les discussions avec les Premières nations au sujet d'autres utilisations de l'installation Percy E. Moore au Manitoba;
- a entrepris une étude sur l'avenir de l'installation Norway House au Manitoba;
- a poursuivi les négociations au sujet du remplacement de l'hôpital à Inuvik (T.N.-O.) et des rénovations de l'Hôpital général Baffin à Iqaluit (Nunavut);

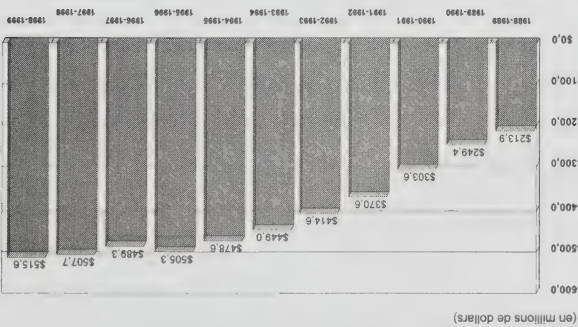
Au cours de la période de 1998-1999, le Ministère :  
Santé Canada continue de travailler au transfert du reste de ses hôpitaux aux Premières nations et aux Inuits, à l'exception d'un dont la fermeture est prévue.

les Inuits pour assurer une participation continue à la gestion des prestations fournies dans le cadre du Programme des services de santé non assurés et appuyer le transfert du programme sous l'autorité des Premières nations. Seize projets pilotes ont été approuvés pour la prestation de services de transport, de soins de la vue, de fournitures et d'appareils médicaux, et de soins dentaires.

- a continué d'établir des mécanismes avec des organismes représentant les Premières nations et

jour, qui permet de vérifier les demandes de remboursement des fournisseurs et celles qui ne sont pas acceptables selon les critères du Programme des services de santé non assurés;

Figure 8



Dépenses annuelles au titre PSSNA  
(1988-1989 à 1998-1999)



Continuer à bâtir un système de santé efficace, durable et pris en charge par les Autochtones.

## Réalisations

De plus en plus, Santé Canada délaisse la prestation directe de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Afin de faciliter le transfert de ces services aux Premières nations et aux Inuits, Santé Canada :

- s'est efforcé d'améliorer l'arrimage avec les efforts en matière d'autonomie gouvernementale d'Affaires indiennes et du Nord Canada dans le contexte plus vaste de la politique fédérale « Rassembler nos forces »;

- a commencé à travailler à l'établissement des cadres et des autorisations nécessaires pour appuyer les négociations sur l'autonomie gouvernementale;

- a fourni des données, des faits et des modèles pertinents, selon le cas, pour aider les Premières nations et les Inuits à poursuivre leur marche vers l'autonomie gouvernementale en matière de santé. Six Premières nations sur quatre au Yukon ont conclu un accord de transfert des programmes et des services pour les services de santé communautaires, conformément à leurs arrangements d'autonomie gouvernementale en vertu de l'accord-cadre final;

- a joué un rôle consultatif dans l'institution du nouveau gouvernement du Nunavut;

- a amorcé des discussions avec des organismes représentant les Premières nations et les Inuits dans les trois territoires pour appuyer une approche tripartite de la santé des Premières nations et des Inuits;

- à ce jour, 344 communautés de Premières nations et d'Inuits sont engagées dans le processus de transfert;

- a signé 211 accords visant le transfert de la responsabilité des services de santé aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites;

- a élaboré et mis en application, de concert avec Affaires indiennes et du Nord Canada, l'entente pluriministérielle de financement

Canada-Premières nations.

Le mandat renouvelé du Programme des services de santé non assurés est centré sur le transfert du programme aux Premières nations et aux Inuits. En conformité avec ce mandat, le Ministère :

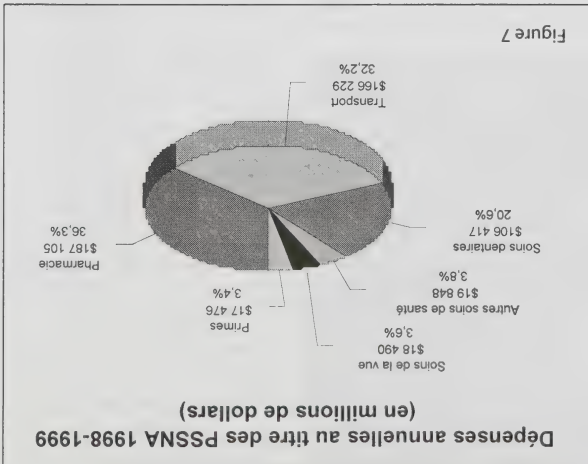
- a transféré la responsabilité du système de traitement des demandes de remboursement à la *First Canadian Health Management Corporation Inc.*, entreprises en participation autochtone. Le nouveau système de traitement des demandes a amélioré la capacité de gérer les prestations sous forme de fournitures pharmaceutiques et médicales et d'appareils grâce à un programme perfectionné et plus rigoureux de vérification auprès des fournisseurs. Ce programme permet d'examiner toutes les demandes de remboursement au titre du Programme des services de santé non assurés. Un nouveau module du programme est la fonction de vérification en ligne un







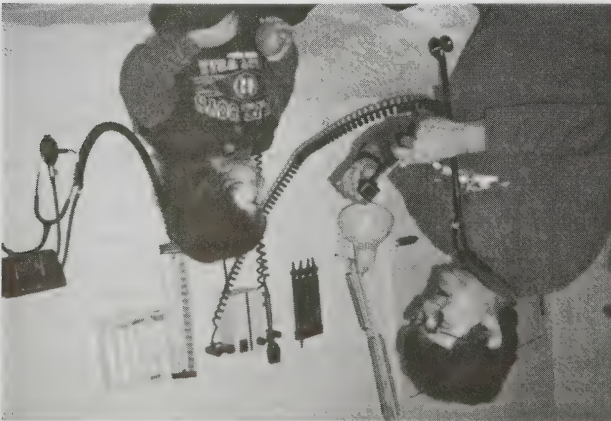
- a créé le système d'information sur la santé des Premières nations et l'a mis en service dans 151 établissements de santé des Premières nations et des Premières nations et sera utilisé pour mener des activités de surveillance de la santé et des programmes visant à déceler les tendances et les problèmes nouveaux.
- Le Programme des services de santé non assurés procure des services de santé completement à plus de 650 000 membres des Premières nations, Inuits et Inuits. Ces services répondent à des besoins d'ordre médical ou dentaire non couverts par les régimes provinciaux ou autres d'assurance-maladie : médicaments, services dentaires, soins de la vue, counseling en santé mentale, et transport vers des services médicaux. Santé Canada s'efforce constamment de rendre le programme plus efficace et adapté aux besoins en matière de santé des clients. Au cours de la période de référence, le Ministère :
  - a accéléré l'utilisation de systèmes de gestion automatisés afin d'accroître l'efficacité du programme pour toutes les prestations;
  - s'est efforcé de faire affaire avec un fournisseur universel offrant un point de service où les demandes de remboursement sont traitées en temps réel;
  - a défini et a adopté des stratégies de gestion pour optimiser l'utilisation des budgets existants. Il a ainsi pu limiter le taux d'augmentation des dépenses au titre du programme à 1,6 % par rapport à l'année précédente. Il importe de souligner le succès avec lequel a été gérée la composante produits pharmaceutiques, où un taux de croissance de 0 % par habitant a été atteint alors même que des taux de croissance dans les deux chiffres sont courants dans les autres régimes d'assurance-médicaments;
  - a établi des honoraires de fournisseurs à la valeur au marché dans toutes les régions;
  - a adopté des mesures de gestion des coûts additionnelles dans les programmes de médicaments et de soins dentaires, tout en protégeant la prestation de services;
  - a mis à jour les Directives nationales du Programme des services de santé non assurés.





- a consulté partout au Canada les Premières nations, les Métis et les Autochtones vivant en milieu urbain pour déterminer les besoins et les priorités des Premières nations et des Inuits par rapport aux soins et à la prise en charge du diabète. Les résultats de cet exercice seront utilisés pour préparer et mettre en oeuvre

Une infirmière en santé communautaire dans un poste de soins infirmiers se prépare à examiner l'oreille d'une jeune patiente.



- a élaboré une stratégie nationale, à mettre en application dès 1999, pour le recrutement d'infirmières et leur maintien en poste. Les activités de recrutement d'infirmières ont été intensifiées afin de remédier à des pénuries critiques immédiates;

- a approuvé 289 projets au cours de la première année du programme élargi d'aide préscolaire aux Autochtones, qui s'adresse aux enfants des Premières nations qui vivent dans les réserves. Ce programme vise à répondre aux besoins des enfants autochtones et de leurs familles. Il prépare pour l'école les enfants autochtones jusqu'à l'âge de six ans en répondant à leurs besoins intellectuels, affectifs, spirituels et physiques. Le nombre de formateurs a été augmenté dans la composante urbaine et nordique du programme pour améliorer les projets. Un cadre national d'évaluation et un cadre national de recherche ont également été définis. Le Ministère a en outre établi un cadre de responsabilisation qui servira à mettre en application les recommandations du Vérificateur général;

- a travaillé avec un comité directeur mixte de l'Assemblée des Premières nations, de l'Inuit Tapirissat du Canada, de l'Association des femmes autochtones du Canada, du Conseil national des Métis et du Congrès des Peuples autochtones pour établir un schéma d'Institut de la santé autochtone. Cet institut créera des réseaux dans les domaines de la recherche en santé, de l'information, de l'art de guérir traditionnel et du renforcement des capacités. L'Institut devrait devenir réalité à l'automne 1999;

- a dressé un plan directeur pour le projet de la télésanté et a terminé le processus d'évaluation des besoins. Les propositions de fournisseurs sont en train d'être étudiées;

## Pourcentage de personnes diabétiques parmi les Premières nations et les autres Canadiens

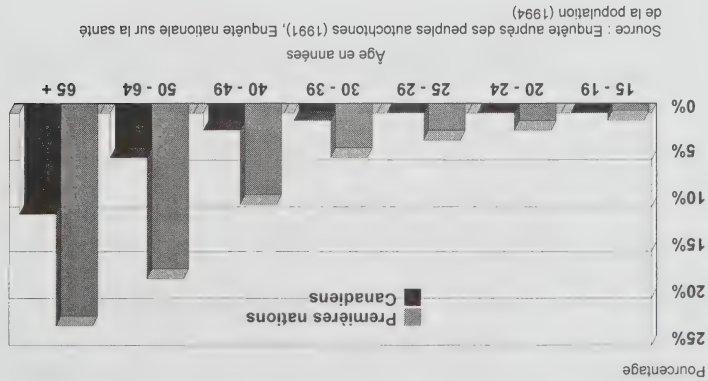


Figure 6

### Priorité 3.1

Chercher à éliminer les inégalités sur le plan de la santé entre les Autochtones et l'ensemble de la population.

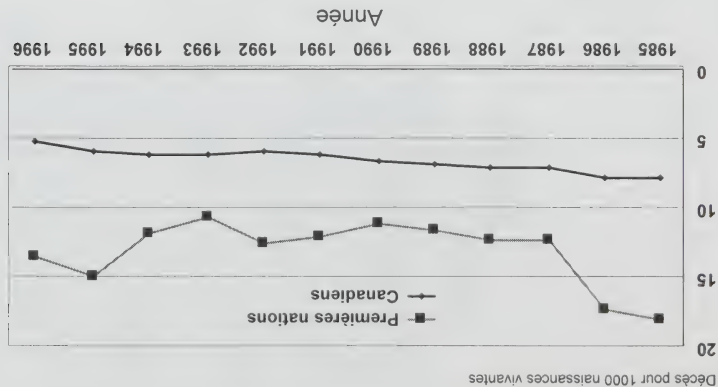
### Réalisations

Les Autochtones ont une vue globale de la santé, qui englobe le bien-être physique, social, affectif et spirituel. L'accent n'est pas mis sur la personne seulement, mais sur la famille et la collectivité. Cette approche sous-tend les programmes à vocation communautaire que Santé Canada met en oeuvre à l'intention des membres des Premières nations qui vivent dans les réserves et des Inuits. Au cours de la période de référence, Santé Canada :

Une infirmière en santé communautaire dans un centre de santé présente à des clients des Premières nations les services de prévention et de promotion de la santé offerts.



## Taux de mortalité infantile au sein des Premières nations\* et de la population canadienne, 1985-1996



## Taux normalisés de tuberculose parmi les Premières nations des réserves et la population canadienne, 1991-1996

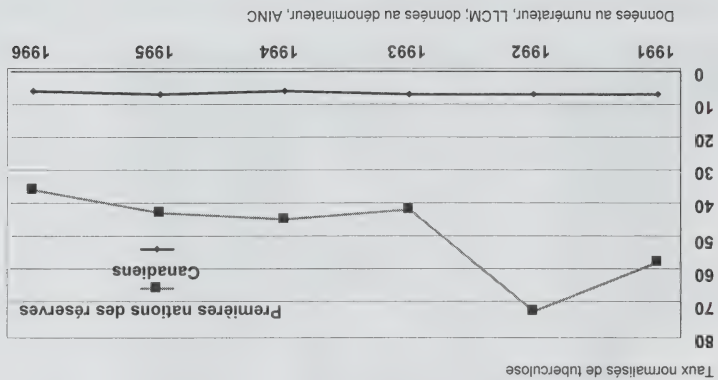


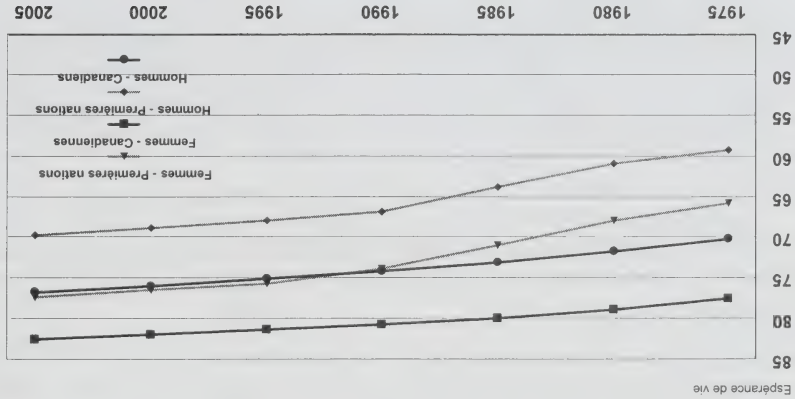
Figure 5





Figure 3

Source : Projections de la population indienne inscrite, AINC, 1996-2021, 1998



### Espérance de vie à la naissance prévue selon le sexe chez les Premières nations et la population canadienne

< <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/about-f.htm> >.

plus de détails

Se reporter au site Web de la Direction générale des services médicaux pour

- de ramener les taux de maladies, de blessures et de suicide à la moyenne nationale (voir Figures 5 et 6).
- de réduire le taux de mortalité infantile (voir Figure 4);

est chez l'ensemble de la population canadienne (voir Figure 3);

Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones (SA)

Objectif

Aider les Autochtones et leurs communautés à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne, et garantir la disponibilité et l'accèsibilité des services de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses
prévues en 1998-1999	totales en 1998-1999	réelles en 1998-1999
1 093,8	1 072,6	1 067,3
Dépenses brutes		
(9,9)	(9,1)	(6,7)
Recettes attendues		
1 083,9	1 063,5	1 060,6*
Dépenses nettes		

\* Cette somme représente 53,2 % des dépenses réelles du Ministère.

Contexte

D'importantes inégalités subsistent en matière de santé au sein de la population autochtone. Par exemple, les taux de diabète, de tuberculose, de suicide et de tabagisme y sont beaucoup plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne. Selon des recherches, les enfants chez les Premières nations et les Inuits pourraient être plus à risque pour les maladies infectieuses, sont significativement plus jeunes et sont hospitalisés plus longtemps en moyenne, et risquent plus d'être admis aux soins intensifs que les enfants non autochtones. Le taux de naissance chez les Autochtones est deux fois plus élevé que la moyenne canadienne, et la moyenne d'âge est de 10 ans de moins que dans l'ensemble de la population – ces facteurs sont censés pousser les coûts à la hausse. Les réformes de la santé en cours dans les provinces, les coûts des soins de santé qui augmentent, les facteurs socio-économiques comme le logement inadéquat et le taux d'emploi peu élevé contribuent tous à rendre encore plus précaire une situation financière déjà difficile. L'autonomie gouvernementale et le transfert des services de santé aux Premières nations et aux communautés inuites devraient paver la voie à une meilleure santé chez les Premières nations et les Inuits. Pour améliorer la situation des Premières nations et des Inuits sur le plan de la santé, le Ministère s'efforce :

- d'accroître l'espérance de vie chez les Premières nations par rapport à ce qu'elle







- formation professionnelle et des activités d'éducation du public; accroissement de la sensibilisation aux avantages de la vie active et à d'autres pratiques saines au travail grâce au Prix d'excellence du milieu de travail sain;

- publication de la deuxième édition du *Guide des programmes et services fédéraux pour les enfants et les jeunes*, source d'information sur les programmes administrés par le gouvernement fédéral. Ce document énumère 72 programmes et indique où s'adresser pour chacun;

- officialisation du Comité interministériel de coordination sur le VIH/sida. Ce comité a dressé un inventaire des activités fédérales entreprises pour lutter contre le VIH/sida afin de faciliter le repérage des occasions de collaboration entre les ministères fédéraux.

### Développement durable

- création d'un site Web consacré aux principes du marketing social à vocation communautaire qui offre des outils, des études de cas et un guide de planification pour aider les individus et les collectivités à prendre des mesures et à adopter des habitudes qui favorisent le développement durable <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/marketing-social/> > ?

- organisation d'ateliers pour accroître la sensibilisation des professionnels à la manière dont le transport actif (toute forme de transport faisant appel à l'énergie humaine comme la marche, la bicyclette ou le patinage à roues alignées) peut répondre aux objectifs sur le plan du transport, de la santé et de l'environnement;
- campagne de marketing pour sensibiliser davantage le public aux questions de santé, de sécurité et d'environnement associées au transport scolaire; collaboration avec des organismes non gouvernementaux et la Fédération canadienne des municipalités à la création et à la diffusion d'un répertoire des programmes de transport actif et des ouvrages de référence.

### Imputabilité pour les résultats

#### Responsabilité principale :

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

#### Coreponsabilité :

Sous-ministre adjoint - Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Développement optimal de l'enfant.

## Réalisations

- achèvement de l'examen d'évaluations régionales et locales pour saisir et partager les résultats de projets à vocation communautaire. Ces résultats ont été compilés dans un manuel qui a pour titre *Apprendre pour agir - l'expérience du Programme d'action communautaire pour les enfants PACE/et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)*. Par exemple, *Apprendre pour agir* tire des projets de soutien et d'éducation des parents du PACE les meilleures pratiques et les meilleurs enseignements pour une formation et une supervision efficaces. Un atelier a ensuite été tenu à l'intention des consultants régionaux du programme, qui ont après coup assuré la formation du personnel des projets PACE et du PCNP;

On compte 450 projets du PACE au Canada. En moyenne, 67 000 enfants et leurs parents ou ceux qui en tiennent lieu participent à des projets du PACE chaque semaine. Plus de la moitié des foyers participants ont des revenus de moins de 20 000 \$, et 38 % des parents participants disent être monoparentaux.

- consultation de plus de 400 intéressés au sujet de la création et de la mise en place des centres d'excellence pour le bien-être des enfants. Le rôle des centres sera d'entreprendre des activités de recherche, d'élaboration de politiques et de de développement afin d'accroître la compréhension des facteurs critiques pour le développement sain de l'enfant et d'encourager la prise de mesures à leur égard;

- rôle directeur en travaillant avec tous les paliers de gouvernement et les intervenants dans le secteur des soins de santé pour créer des programmes qui favorisent une issue heureuse de la grossesse chez les femmes enceintes à risque. Les premiers résultats de l'évaluation indiquent que les projets permettent d'atteindre les femmes qui correspondent au profil démographique cible par le programme;

- de concert avec Justice Canada, coordination de l'information en vue du Rapport d'étape du Canada aux Nations Unies sur les droits de l'enfant.

## Priorité 2.4

Jouer un rôle directeur dans la santé de la population et imputabilité vis-à-vis du public.

## Réalisations

- accroissement de la sensibilisation pour réduire les décès attribuables aux maladies non transmissibles comme le cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle et le diabète par l'élaboration de directives de pratique clinique, des programmes de





- traite de sujets comme la vie, l'école, l'amitié, la famille, la dépression, le suicide, la consommation de drogues, le décrochage scolaire et la délinquance. Des conseillers, des éducateurs et d'autres professionnels s'en servent pour aider à stimuler la réflexion et à rétablir le dialogue avec les jeunes;
- signature de 11 ententes avec les provinces et les territoires pour la prestation de programmes et de services de traitement et de rééducation des alcooliques et des toxicomanes. Cette mesure fédérale-provinciale-territoriale améliorera l'accessibilité de programmes et de services de traitement et de réadaptation efficaces, et améliorera l'échange d'informations, de conclusions de recherche et de pratiques exemplaires en la matière au niveau national.

## Priorité 2.2

Initiatives dirigées pour prévenir les maladies et les blessures, et composer avec le vieillissement de la population. L'adresse du site Web consacré aux personnes âgées est la suivante :

> <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/> >

## Réalisations

- mise en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires et d'autres ministères et organismes fédéraux, du *Plan d'action pour l'Année internationale des personnes âgées*;
- grâce au Fonds pour la santé de la population, aide supplémentaire de l'ordre de 4 millions de dollars à une cinquantaine de projets nationaux et régionaux pour améliorer la sensibilisation aux personnes âgées et aux questions de vieillissement au Canada;
- publication d'un supplément au Journal de l'Association médicale canadienne intitulé *Seniors' Heart Health*. Ce document fournit des renseignements sur les facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées et examine les connaissances et la sensibilisation de ces dernières au sujet de ces facteurs;
- détermination des facteurs de risque les plus étroitement associés à la perte de densité de la masse osseuse et à l'augmentation des fractures en appuyant l'analyse des données de l'Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose;
- diffusion vers les divers intéressés dans tout le pays de *La réforme des soins de santé... Quels effets sur les aînés? Guide d'évaluation participative* pour aider les groupes de personnes âgées, les dispensateurs de services et les autres intéressés à évaluer l'incidence des réformes de la santé sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les personnes âgées et leurs familles.

- définition d'une approche intégrée de la prévention et du contrôle du cancer du sein en collaboration avec les provinces, les territoires, les organismes de lutte contre le cancer, les principaux intervenants et les Canadiennes;
- formation d'un consensus sur les objectifs du volet éducation du public de l'initiative de lutte contre le tabagisme par suite de consultations avec les provinces, les territoires, et des organismes non gouvernementaux qui jouent un rôle clé. Conformément aux objectifs, le Ministère s'est efforcé de sensibiliser davantage le public, d'améliorer ses connaissances, et de faire en sorte qu'il appuie davantage les mesures antitabac par divers programmes et activités de marketing social;
- tenue de forums d'orientation et de séances d'information sur des thèmes relatifs à la violence, qui ont permis de déterminer les meilleures pratiques et les manques d'information, ce qui permettra en retour de renforcer le rôle fédéral en matière de violence familiale;
- publication du *Guide canadien d'activité physique pour une vie saine* en 1998-1999 et achèvement la première année d'une étude de base de cinq ans visant à déterminer les niveaux d'activité physique des Canadiens. Les données de cette étude permettront au Ministère de suivre les améliorations dans la condition physique et la santé de la population;
- hôte d'une rencontre internationale sur les jeunes et la drogue à Banff (Alberta). Le rapport de la réunion, qui renferme les recommandations de jeunes de plus de 22 pays, a été présenté à la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème de la drogue dans le monde;
- publication de *Renseignements sur le Guide alimentaire à l'intention des éducateurs et des communicateurs (Guide alimentaire canadien pour manger sainement : Renseignements sur les enfants de six à douze ans)*. Ce document contient des idées et des renseignements sur le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* à l'intention des éducateurs, des communicateurs et des animateurs qui travaillent avec des enfants de six à douze ans. Pour consulter le *Guide alimentaire*, voir < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/pub/guide/guide.html> >;
- rôle dans le renforcement de la capacité des professionnels de répondre aux problèmes de santé mentale chez les jeunes en créant *Mauve*, un CD-ROM. Il s'agit d'un outil de communication conçu par les jeunes eux-mêmes et qui

**Satisfait?**

En 1998-1999, 99 % des clients du Centre national d'information sur la violence dans la famille ont indiqué que le Centre fournit un service utile; 97 % trouvaient facile d'obtenir de la documentation; 99 % étaient heureux du service fourni par le personnel; 51,2 % des clients ont accédé au Centre par Internet : < <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/index.html> >





- enseignements tirés quant à la manière dont les idées en matière de santé des populations peuvent être développées et mises en application dans le cadre de la restructuration des systèmes de santé;
- direction, avec le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, de la préparation du *Deuxième Rapport sur la santé de la population canadienne*. Ce rapport fournit des informations de base pour mesurer les progrès dans l'amélioration de l'état de santé des Canadiens, et constitue un important document de référence pour les décideurs, les praticiens, les chercheurs et le public qui veulent comprendre les défis sur le plan de la santé et s'y attaquer;
- avec les provinces et les territoires, détermination de buts nationaux, comme des services de santé abordables et la réduction des maladies évitables. Ces buts permettront aux responsables des politiques dans tout le pays de surveiller la santé des Canadiens;
- renforcement de la capacité d'action communautaire par rapport à des déterminants ou à l'ensemble des

- l'appuyant des projets d'une durée limitée financés par des organismes non gouvernementaux, sans but lucratif et bénévoles grâce au Fonds pour la santé de la population. En 1998-1999, le Fonds a financé environ 350 projets communautaires. Les résultats de l'évaluation de ces projets ne sont pas attendus avant 2002;
- lancement la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les principales réalisations en 1998-1999 ont été entre autres :
  - l'établissement d'un cadre de rapport de rendement qui sert de base pour les rapports annuels au Conseil du Trésor;
  - l'élaboration de lignes directrices en matière de financement pour appuyer le développement du potentiel dans les communautés autochtones;
- la formation d'un groupe de travail national sur la réadaptation en collaboration avec les partenaires de la Stratégie.



En collaboration avec le BC Council for Families, Santé Canada a parrainé le projet *Work Life*, une initiative novatrice, multisectorielle, visant à étudier les rapports entre la santé, le bien-être et le milieu de travail. Dans le cadre de ce projet du Fonds pour la santé de la population, les gouvernements, les entreprises, les syndicats et les groupes communautaires travaillent ensemble à créer des milieux de travail sains pour la « génération sandwich » d'aujourd'hui, les employés qui de plus en plus doivent prendre soin à la fois de leurs enfants et leurs parents âgés.



- participation accrue à la recherche internationale sur les déterminants de la santé par la création et l'appui de projets de recherche et de documents analytiques avec des partenaires nationaux et internationaux; contribution à l'adoption de concepts de la santé des populations par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé; compilation des
- achèvement, de concert avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et un réseau pancanadien de chercheurs en santé, de la phase de démonstration et l'initiative canadienne pour la santé de la population, et obtention des ressources à cette fin;
- analyse des conséquences sur la santé;
  - de déterminer comment les conclusions de l'étude peuvent être appliquées à des conséquences de leurs politiques et de leurs programmes sur la santé, et Ministère de favoriser la compréhension au sein d'autres ministères fédéraux incidences du logement sur la santé. Les résultats de l'étude permettront au logement, de la première phase d'une étude en comprenant trois sur les achèvement, de concert avec la Société canadienne d'hypothèques et de programmes à l'aide d'une approche axée sur la santé de la population;
- conception de cadres et de lignes directrices pour aider les planificateurs du gouvernement et les intéressés à élaborer et à revoir les politiques et les programmes à l'aide d'une approche axée sur la santé de la population;
- création d'une infrastructure organisationnelle pour supporter l'approche par l'institutionnalisation.
- mise en oeuvre des initiatives de santé de la population pour la mobilisation;
- amélioration de la compréhension par le marketing et l'éducation;
- amélioration de la disponibilité de données probantes (données, information, connaissances);
- stimulation de l'application au processus des politiques publiques;
- développement continu du cadre théorique;
- Ministère dans six domaines stratégiques :
- élaboration du *Plan d'action pour la promotion au Canada d'une approche axée sur la santé de la population* pour guider l'action et le rôle directeur du

## Réalisations

Amélioration de la santé et des soins de santé par l'habilitation du public, la participation des consommateurs, et une meilleure information des Canadiens.

## Priorité 2.1

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/psd/> > ,  
ou par le truchement de *Rendez-vous santé*, le magazine mensuel de promotion de la santé

< <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/rendez-vous/> > .



Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population (PSP)

Objectif

Promouvoir la santé de la population en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses nettes
201,6*	202,8	207,8	
Dépenses réelles en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	Dépenses prévues en 1998-1999	

\* Cette somme représente 10,1 % des dépenses réelles du Ministère.

Contexte

San  Canada a adopté une approche axée sur la santé de la population pour préserver et améliorer la santé des Canadiens. Cette approche reconnaît que de nombreux facteurs, en plus du système de santé, influent de façon déterminante sur la santé des individus et des groupes démographiques. Elle encourage la prévention de la maladie et l'action individuelle et sociale, et cible une gamme de facteurs et la façon dont ils interagissent pour déterminer la santé et le bien-être des Canadiens. Le plan d'ensemble de cette approche s'articule autour de trois étapes de la vie : l'enfance et la jeunesse; le début de la vie adulte jusqu'à l'âge mûr, et le vieill âge. Selon cette approche qui englobe tout le cycle de vie, San  Canada peut agir sur la vaste gamme de déterminants de la santé, ainsi que sur les questions prioritaires auxquelles les Canadiens s'attendent à ce que leur gouvernement s'attaque (p. ex. abus d'alcool et de drogues, VIH/sida, cancer et maladies du cœur). On trouvera plus de détails au site Web de la promotion de la santé, à l'adresse



Les déterminants de la santé sont les suivants :

- développement sain de l'enfant
- services de santé
- habitudes de santé personnelles et capacités d'adaptation
- réseaux de soutien social
- biologie et bagage génétique
- scolarité
- emploi et conditions de travail
- milieux physiques et sociaux
- revenu et situation sociale
- sexe
- culture



- au nom de Santé Canada, soutien de Justice Canada, sur le plan documentaire, politique et administratif, pour la négociation et le règlement du contenu relatif aux maladies transmises par le sang, comme l'hépatite C, le VIH et la maladie de Creutzfeldt-Jakob;
- coordination des réponses aux interrogatoires et communications préalables, aide à la désignation des témoins (experts et déposants), participation aux téléconférences du groupe du contenu du sang à titre de représentant de Santé Canada, création et mise à jour d'un vaste dépôt de documents, de fichiers et de dossiers ministériels sur la Commission Krever, contribution aux enquêtes encore en cours de la GRC et prise en charge d'autres questions relatives au sang.

#### Réalisations

Appuyer le règlement du contenu en matière de sang en examinant le rapport du groupe de travail sur le dédommagement des victimes de l'hépatite C et en présentant des recommandations au Ministre.

#### Priorité 1.H.4

- soutien du CNSS en matière d'administration, de finances, de secrétariat, de logistique et d'appui des politiques. Le Conseil a été créé dans le but de jouer un rôle consultatif auprès du Ministre sur les questions de sécurité du sang, en particulier celles qui touchent la réglementation du sang et la surveillance nationale des maladies;
- soutien au CNSS pour l'organisation de forums nationaux sur des sujets relatifs au sang, comme les Méthodes de réduction du risque de transmission des virus par des composants sanguins, et les Pénuries d'immunoglobulines intraveineuses et autres dérivés plasmatiques.

#### Réalisations

Améliorer les activités propres de Santé Canada en matière de santé publique en appuyant le Conseil national de la sûreté du sang (CNSS).

#### Priorité 1.H.3



- pendant le changement de direction à la tête du système canadien d'approvisionnement en sang, la Société canadienne du sang et Héma-Québec succédant à la Société canadienne de la Croix-Rouge;
  - élaboration d'une stratégie nationale globale de gestion des risques pour la santé du fait du sang, ainsi que promotion et financement de la recherche sur le sang;
  - coordination continue de la collaboration entre les organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, les établissements de santé, les organismes privés et les groupes d'intérêt des consommateurs au Canada dans le cadre d'un système national restructuré d'approvisionnement en sang.
  - coordonne l'application des recommandations que le juge Krever a adressées à Santé Canada dans ses rapports provisoire et final; a représenté le gouvernement fédéral au sein d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui a produit un rapport sur les suites données aux recommandations du juge Krever quant à l'indemnisation des personnes atteintes d'autres maladies que l'hépatite C;
  - recherche de nouvelles ressources afin d'améliorer le programme canadien de sécurité de l'approvisionnement en sang; a esquissé la voie à suivre en matière de politiques de réglementation et de surveillance de l'approvisionnement en sang, en consultation avec le PPT et le LLCM;
  - mis en place une fonction nationale et un centre de coordination pour la prise en charge des questions de politique opérationnelle en matière de sang, de produits du sang, de tissus et d'organes;
  - contribué à l'élaboration d'un programme national de recherche et développement pour les pathogènes transmissibles par le sang;
  - participé à l'émergence d'un consensus national et international au sujet du contrôle et de la prévention de la transmission des pathogènes par le sang;
  - contribué à la mise en place d'une fonction globale de surveillance et d'enquête (hémovigilance) pour la prise en charge des pathogènes transmissibles par le sang, y compris les prions et le VIH/sida.
- Le Secrétaire est devenu le point de convergence ministériel pour la coordination de la mise en application des recommandations du juge Krever.
- Il a donc :

## Réalisations

Moderniser le cadre de réglementation de la gestion des risques associés à l'approvisionnement en sang pour donner suite aux conclusions de la Commission Krever, et rétablir la confiance dans le système d'approvisionnement en sang au lendemain de l'enquête.

## Priorité 1.H.2

Objectif

Fournir à Santé Canada les moyens lui permettant d'orienter, de planifier et de coordonner le système d'approvisionnement en sang afin que les fonctions du Ministère en matière de réglementation, de surveillance et de régie soient coordonnées dans le meilleur intérêt de toutes les parties qui jouent un rôle clé dans ledit système.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses nettes
Dépenses prévues en 1998-1999	54,2	38,2
Dépenses réelles en 1998-1999	52,3*	

\* Cette somme représente 19,5 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Le Secrétariat canadien du sang est issu du Secrétariat de l'enquête sur le sang en 1997. Il a reçu le mandat de coordonner et de renforcer les programmes de surveillance et de réglementation du sang de Santé Canada, conformément aux conclusions de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever). Ce mandat suppose, notamment, la planification et la coordination de la mise en oeuvre par Santé Canada des recommandations du juge Krever, ainsi que l'élaboration et la coordination de la planification stratégique de l'initiative fédérale-provinciale-territoriale de régie du sang.

Pour de plus amples renseignements sur la suite donnée par le gouvernement aux recommandations de la Commission Krever, voir le site Web de Santé Canada à < <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/9889bkft1.htm> >.

Priorité 1.H.1

Améliorer le cadre de gestion des risques pour le sang et les produits du sang en soutenant le gouvernement fédéral dans son rôle auprès des provinces et des autres partenaires du secteur de la santé relativement à l'initiative de régie du système d'approvisionnement en sang.

Réalisations

- appui du gouvernement fédéral dans son rôle auprès des provinces et des autres partenaires du secteur de la santé relativement à l'initiative de régie du système d'approvisionnement en sang par le financement de la période de transition







- examen commun avec les États-Unis de la première phéromone utilisée en foresterie au Canada, et la première aussi qui pourrait être utilisée contre le destructif perce-pousse du pin. Les phéromones sont d'importants outils dans la lutte antiparasitaire intégrée — une approche durable de la lutte antiparasitaire qui combine des moyens biologiques, culturels, physiques et chimiques pour lutter contre les parasites afin de maximiser les avantages de la lutte antiparasitaire et de minimiser les risques pour la santé et l'environnement;
- publication du document *Lutte antiparasitaire intégrée dans le secteur de la transformation des aliments : Adaptation à l'élimination graduelle du bromure de méthyle* au nom du Groupe de travail industrie/gouvernement sur le bromure de méthyle, ce qui complétait un des projets en partenariat de lutte antiparasitaire intégrée de l'ARLA. Ces projets, en cours pour la pomme de terre, le canola, la pomme, la canneberge, l'aquaculture, la tordeuse des bourgeons de l'épinette et les paysages urbains, coordonnent l'élaboration de stratégies nationales volontaires de lutte antiparasitaire intégrée avec une gamme de partenaires, dont les organisations de producteurs, les fabricants, les autres ministères fédéraux, les provinces, les établissements de recherche et d'autres organismes non gouvernementaux;
- participation continue au Comité directeur de l'OCDE pour la réduction des risques afin d'établir des indicateurs de risque pour les pesticides, et achèvement d'étapes initiales critiques en vue de l'établissement d'approches réglementaires pour évaluer le dérèglement endocrinien. Les deux activités amélioreront les processus réglementaires qui sont fondés sur les principes du développement durable.

## Réalisations

- publication d'une analyse et d'une évaluation comparatives, réalisées par un consultant indépendant, du rendement, des coûts du programme et du recouvrement des coûts de l'ARLA en comparaison avec les programmes réglementaires des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Australie. Bien que l'ARLA prenne plus de temps en moyenne que le Royaume-Uni ou l'Australie pour les dossiers complexes, elle fait mieux que la moyenne des trois autres pays pour les examens mixtes réalisés avec l'EPA américaine. L'étude a révélé que pour les activités d'homologation, l'efficacité relative de l'ARLA (c'est-à-dire rendement pondéré par rapport au coût) est essentiellement comparable à celle de l'organisme américain, et légèrement inférieure à celle des organismes du Royaume-Uni et de l'Australie. L'étude a fait ressortir que le niveau de recouvrement des coûts pratiqué par l'ARLA se compare aux niveaux des autres pays, et que le Canada fait moins belle figure qu'eux pour la réévaluation des plus vieux pesticides;
- mise en route d'un projet pour comparer des processus d'examen utilisant la première demande d'homologation de produit agrochimique dans un format basé sur un logiciel de navigation sur le Web, ainsi que la même demande dans le premier format canadien de dossier assisté par ordinateur et de transmission de données et le format traditionnel sur support papier;
- harmonisation internationale et processus de présentation et d'examen électronique, ce qui contribuera à l'atteinte du but d'une réduction de 40 % du coût direct de l'examen des demandes d'homologation de nouveaux produits au cours de la période de 1997-1998 à 2002-2003. La réduction cumulative au 31 mars 1999 (fin de la deuxième année) est de 23 %.

## Développement durable

- Formation de partenariats avec les intéressés pour la mise au point de solutions durables en matière de lutte antiparasitaire.
- renforcement des cadres de politique qui favorisent la durabilité par le parachèvement d'une stratégie de mise en oeuvre pour officialiser l'application de la Politique de gestion des substances toxiques en vertu de la Loi sur les produits antiparasitaires;

- utilisation d'un nouveau processus d'examen mixte dans le cadre de l'ALENA pour terminer l'homologation du premier produit chimique à risque réduit ayant fait l'objet d'un examen mixte, ce qui a permis d'épargner temps et argent. Une homologation simultanée en mai 1998 a donné aux producteurs de fruits canadiens et américains un accès égal au fongicide cyprodinil (Vangard®), produit plus récent et plus sûr à appliquer sur les pommes. Le Prix d'excellence de la Fonction publique a été remis à l'équipe d'examen mixte pour son travail dans ce dossier;



- préparation de modifications à la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) et aux règlements y afférents pour établir un cadre transparent, ouvert et moderne sur le plan juridique. Les propositions législatives ont été examinées avec le CCLA en novembre 1998, en février 1999 et en mai 1999. Le Conseil recommandera au ministre de la Santé d'aller de l'avant ou non en septembre 1999;
- le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la lutte antiparasitaire et les pesticides a continué à collaborer relativement aux programmes, aux politiques et aux questions touchant la lutte antiparasitaire. Le Comité consultatif de gestion économique (CCGE) des fabricants et des utilisateurs de pesticides a continué à fournir des avis stratégiques sur la rationalisation des opérations et la réduction des coûts;
- réduction de l'arrière de 1 000 dossiers de pesticides complexes en 1995 à 17 en 1998-1999. D'importantes questions scientifiques doivent être réglées avant que ces 17 dossiers ne soient clos;
- réception d'environ 2 000 nouvelles demandes au sujet de produits antiparasitaires, et prise de décisions réglementaires au sujet d'environ 2 200. Pour l'examen des dossiers complexes d'homologation de nouveaux pesticides ou de nouveaux usages de pesticides homologués, l'ARLA a atteint la norme de rendement plus de 90 % du temps;
- officialisation du programme d'homologation des usages limités à la demande des utilisateurs afin de permettre aux groupes d'utilisateurs d'encourager les fabricants de pesticides à demander l'homologation de produits déjà homologués aux États-Unis ou dans d'autres pays de l'OCDE qui, parce que leurs ventes risquent de rester faibles, pourraient ne pas être homologués. Les deux premiers produits homologués dans le cadre de ce programme sont Retain, agent antiparasitaire servant à retarder la chute des pommes, et Upbeet, premier produit disponible au Canada pour la lutte contre l'abutilon dans les cultures de betterave à sucre. L'étude de la première phéromone pour lutter contre les ravages des insectes dans les cultures de canneberges a été acceptée dans le cadre du programme;
- homologations simultanées par l'ARLA et l'EPA du premier herbicide ayant fait l'objet d'un examen mixte;
- homologation par l'ARLA et l'EPA d'un herbicide pour la lutte contre la folle avoine et la dicotylédone dans les cultures de blé au terme d'un projet pilote international de coopération auquel ont participé le Canada, les États-Unis, l'Australie et l'Union européenne;
- réception de la première demande d'examen mixte par le Canada, les États-Unis et le Mexique selon la formule normalisée récemment établie par l'OCDE.



de sécurité fondées sur la santé plus strictes pour les résidus de pesticides dans les aliments qui ont été établies en vertu de la *Food Quality Protection Act* de 1996 aux États-Unis;

- élaboration d'une proposition pour la réévaluation d'ici à la fin de 2005-2006 de tous les pesticides homologués jusqu'au 31 décembre 1994. Cette réévaluation a été rendue nécessaire pour déterminer et reconformer l'acceptabilité de plus vieux pesticides à la lumière de la technologie et des normes scientifiques modernes;

- examen spécial du carbofurane. L'homologation des formules granulaires du carbofurane a été suspendue à cause du risque potentiel élevé d'effets nocifs pour les oiseaux chanteurs, les petits mammifères et une grande variété de charognards aviaires dans les Prairies canadiennes;
- introduction d'exigences en fait de bonnes pratiques de laboratoire pour favoriser la qualité et l'acceptabilité internationale des données produites au Canada à l'appui des demandes d'homologation de pesticides;

- comme première étape en vue de la création d'une base de données nationale sur les produits, les ingrédients actifs et les lieux d'utilisation, le Groupe de travail sur la base de données nationale sur les ventes de pesticides, formé de représentants d'organismes de réglementation fédéraux et provinciaux, de l'industrie et d'organismes non gouvernementaux, a procédé à une collecte pilote de données sur les ventes de pesticides organophosphorés et à base de carbamate. Il examine maintenant des modèles de classification des pesticides qui pourraient être utilisés pour des données publiques;
- élaboration du processus administratif des sanctions financières qui est prêt à être mis en application lorsque les règlements seront promulgués;
- réalisation de plus de 2 000 enquêtes, inspections et consultations pour encourager et vérifier la conformité à la LPA. Les activités visant à assurer la conformité sont coordonnées au niveau régional avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec les autres ministères fédéraux. Des ententes ont été signées avec huit provinces pour officialiser l'approche collective des programmes d'application de la réglementation antiparasitaire.

## Priorité 1.G.2

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, au niveau national et international, pour harmoniser et améliorer les opérations et répondre aux besoins des Canadiens d'un processus ouvert, transparent et participatif, et d'un accès opportun à des produits antiparasitaires nouveaux et sûrs.

## Réalisations

- établissement du Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire (CCLA) comme forum où les intéressés peuvent exprimer des avis sur les politiques et les questions relatives au système fédéral de réglementation de la lutte antiparasitaire. Le Conseil est composé de groupes dans les domaines de l'environnement, de la santé, du travail et de la consommation, d'universitaires, et de fabricants et d'utilisateurs de pesticides;





Objectif

Protéger la santé humaine et l'environnement en réduisant au minimum les risques que comporte l'utilisation de pesticides, tout en permettant l'accès aux outils de lutte antiparasitaire, notamment à ces produits et à des stratégies de lutte antiparasitaire durable.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses
prévues en 1998-1999	totales en 1998-1999	réelles en 1998-1999	
24,4	25,7	26,3	Dépenses brutes
(10,4)	(7,5)	(7,8)	Recettes attendues
14,0	18,2	18,5*	Dépenses nettes

\* Cette somme représente 6,9 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Établie en 1995, l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) unifie les ressources et les responsabilités en ce qui a trait à la réglementation fédérale de la lutte antiparasitaire. Le mandat de l'ARLA va au-delà de la protection de la santé et inclut la protection de l'environnement contre les risques posés par les pesticides. L'ARLA administre la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA). Ses fonctions comprennent l'évaluation des nouveaux produits, l'évaluation des produits homologués, la vérification de la conformité, et le soutien d'une lutte antiparasitaire durable.

Pour plus de renseignements, voir le site Web de l'ARLA à

< <http://www.hc-sc.gc.ca/pmra-arla/qcont-f.html> >.

Priorité 1.6.1

Établir un processus de prise de décision pour protéger la santé, la sécurité et l'environnement contre les risques des pesticides par une activité scientifique solide et progressive, dont des approches innovatrices de lutte antiparasitaire durable.

Réalisations

- collaboration étroite avec l'*Environmental Protection Agency* (EPA) des États-Unis pour définir et appliquer, tant au Canada qu'aux États-Unis, de nouvelles approches et méthodes de gestion des risques à la lumière des normes







- soutien continu des provinces par suite de diverses catastrophes comme des incendies de forêt, des inondations, etc. De même, collaboration avec d'autres directions générales de Santé Canada, notamment le Laboratoire de lutte contre la maladie, et les agents canadiens de l'immigration pour la coordination de la prestation de services d'aide à la famille aux réfugiés du Kosovo;
- examen, de concert avec les systèmes provinciaux (services de santé et services sociaux d'urgence), des priorités pour les réserves de fournitures d'urgence et de leur contenu à la lumière des enseignements tirés de l'inondation du Saguenay en 1996, de l'inondation du Manitoba en 1997, ainsi que des tempêtes de verglas de l'Ontario et du Québec en 1998;
- rédaction de normes en matière de formation; évaluation d'un cours pilote; mise au point d'outils et partage de ceux-ci avec les systèmes provinciaux (services de santé et services sociaux d'urgence); ainsi que détermination des besoins de formation supplémentaires lors de l'examen des réserves.

#### Réalisations

Etablir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

#### Priorité 1.F.2

- mise au point d'un nouvel outil d'évaluation des menaces et des risques;
- réalisation d'un examen approfondi du système national d'approvisionnement en fournitures d'urgence et présentation de recommandations pour un processus de rénovation et de restructuration afin de faire en sorte que le système continue de répondre aux besoins des Canadiens touchés par des catastrophes;
- révision et mise à jour de normes et d'outils de formation pour des cours portant sur la planification de services de santé et de services sociaux d'urgence à l'intention de la collectivité. Ces normes nationales ont été transmises aux directeurs provinciaux des services de santé et des services sociaux d'urgence.

#### Réalisations

Objectif

Seconder les efforts du système des services de santé et des services sociaux dans l'éventualité de catastrophes.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses
prévues en	totales en	1998-1999
1998-1999	1998-1999	1998-1999
2,6	2,8	2,9
(0,1)	(0,1)	(0,0)
Dépenses brutes		
Recettes attendues		
2,5	2,7	2,9*
Dépenses nettes		

\* Cette somme représente 1,1 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Santé Canada réalise les activités suivantes à l'appui de ce secteur de service :

- tenue d'une réserve de biens et de matériel nécessaires en cas de catastrophes naturelles, comme des inondations ou des tremblements de terre. Des examens périodiques des besoins en matière de réserves d'urgence sont effectués, et des améliorations sont apportées en conséquence;

- établissement de plans d'urgence par suite de consultations avec les partenaires fédéraux et provinciaux sur les volets « santé » des plans nationaux, et des questions comme les opérations intensives de recherche et de sauvetage urbains;

- appui des systèmes municipaux et provinciaux (santé et services sociaux) lors des catastrophes surviennent;
- élaboration d'un programme destiné à aider les secouristes, ainsi que réalisation d'activités de formation et de sensibilisation.

Pour plus de renseignements, voir le site Web des Services d'urgence à :

< [http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/msb/emergency/index_f.htm) >.

Priorité 1.F.1

Améliorer le cadre de gestion des risques pour le Programme des services d'urgence par des efforts de réorganisation et de restructuration, c'est-à-dire un changement d'orientation puisqu'il ne s'agit plus de répondre à une situation de guerre nucléaire, mais de savoir faire face à des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme.



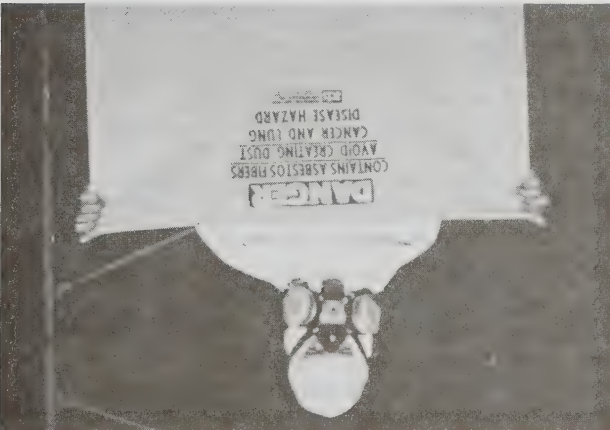
participaient aux vastes opérations de recherche. Vous étiez là dès les premières heures de la tragédie, et vous étiez toujours présents plusieurs mois après la catastrophe. Et je sais que vous êtes encore nombreux à prodiguer des soins et à offrir un soutien. En tant que ministre de la Santé, je suis très fier de ce que vous avez accompli dans des circonstances aussi difficiles. C'est un honneur pour moi de pouvoir compter sur des professionnels comme vous au sein de mon ministère ». Pour leurs efforts, ces personnes ont reçu le prix d'excellence du Sous-ministre.





- début du recouvrement des coûts associés à l'exécution du programme d'inspection des navires de croisière le 1er avril 1998. Ces inspections sont réalisées conformément à une entente internationale signée par l'Organisation mondiale de la santé en vue d'assurer la protection des voyageurs ainsi que de tous les citoyens dans les ports d'escale;
- harmonisation avec ceux des États-Unis des services d'inspection et d'intervention relativement aux maladies transmises par les aliments et l'eau. L'AHSST a élaboré des normes de service en partenariat avec l'industrie, et s'est engagée auprès de l'industrie à respecter ces normes. Un questionnaire de satisfaction de la clientèle a été préparé afin que la réaction soit immédiate après la prestation d'un service d'inspection. De plus, une réunion annuelle est prévue avec l'industrie pour évaluer les efforts de l'AHSST et discuter d'un barème de tarifs pour la période suivante;
- prise en charge d'une importante écloison de toxi-infections alimentaires et rôle opérationnel dans la gestion d'une autre écloison d'infections respiratoires d'origine terrestre : L'AHSST a travaillé en collaboration avec les armateurs. Elle a laissé à l'industrie le soin de préparer les plans de décontamination, les infocapsules, etc., tout en s'assurant que les normes sanitaires étaient respectées et en jouant un rôle consultatif au besoin. Cette solution s'est révélée particulièrement efficace et l'industrie a fait part de sa grande satisfaction. De même, le personnel concerné a reçu un prix du Sous-ministre pour son bon travail à cette occasion;
- coordination, par l'entremise de son bureau régional, des services de gestion du stress post-traumatique fournis par le secteur privé aux équipes de recherche au nom du Bureau de la sécurité des transports, ainsi que des services d'aide aux employés après qu'un avion de la Swiss Air se fut abîmé au large de la Nouvelle-Écosse. Selon les termes du Ministère : « Après la disparition du vol 111 de la Swiss Air au large de Peggy's Cove, une véritable armée de volontaires, de pêcheurs, de policiers et de militaires, ainsi que de ministères et organismes gouvernementaux sont passés à l'action. Vous avez contribué, de manière vitale, aux mesures qui ont été prises. Vous avez su conseiller et aider ceux qui

Un membre du personnel de l'AHSST participe au désamiantage.



Ces services comprennent des activités d'évaluation et d'examen de santé, d'enquête et de surveillance en hygiène industrielle, de soins infirmiers, d'aide aux employés, ainsi que d'éducation et de formation en matière de santé. L'AHST travaille en partenariat avec ses clients pour surveiller la santé et la sécurité au travail au sein de la fonction publique, des industries réglementées par le gouvernement fédéral et des organismes non gouvernementaux.

Pour ce qui est des services de quarantaine, les activités de l'AHST doivent répondre aux exigences de la *Loi sur la quarantaine*, du Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé, et du Règlement sur l'importation d'agents anthropathogènes de la *Loi sur le ministère de la Santé*. En ce qui concerne les services aux dignitaires, les activités de l'AHST s'inscrivent dans le cadre de la Convention de Genève, qui prévoit qu'un pays hôte a le devoir de prodiguer les soins de santé dont peuvent avoir besoin les dignitaires étrangers en visite officielle. L'AHST planifie et coordonne les plans d'urgence médicale, détermine le niveau, la portée et la disponibilité des soins médicaux, et fournit des services d'inspection alimentaire.

Pour plus de renseignements, voir le site Web de l'AHST à :

< <http://www.hc-sc.gc.ca/ohsa/nehsis/htm> >

## Priorité 1.E.1

Convertir certaines secteurs de Santé Canada en organisme de service spécial (OSS) et établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

## Réalisations

- poursuite des préparatifs en vue de la transformation en OSS et de l'adoption du recouvrement intégral des coûts. À la demande des ministères clients, une période de transition a débuté. La révision de la documentation, y compris du plan d'activités et du cadre, a commencé. Des pourparlers initiaux sont en cours avec le Conseil du Trésor;

- le principe du recouvrement des coûts a été adopté pour le Programme de quarantaine pour l'inspection de la dératisation, ce qui a permis à l'industrie internationale du transport maritime de réaliser des économies considérables. Avant l'adoption du recouvrement des coûts, les inspections étaient réalisées de 8 heures à 16 heures les jours de semaine dans certains ports désignés seulement (les plus grands en général). Elles ont maintenant lieu entre le lever et le coucher du soleil, et ce sept jours par semaine. Les coûts de fonctionnement des navires se situent entre 10 000 \$ et 25 000 \$ par jour, plus 2 000 \$ de frais de mise à quai. Un séjour forcé dans un port la fin de semaine en attente de la délivrance d'un certificat de dératisation peut coûter à un navire 55 000 \$, plus deux jours de manque à gagner. Les frais de dératisation s'élevant à 445 \$ dans les ports désignés, l'économie est considérable. Les agents et les armateurs continuent de signaler l'efficacité de ce service, et ils témoignent de la manière dont le recouvrement des coûts a permis d'améliorer les opérations;





Objectif

Fournir une vaste gamme de services directs sur la sécurité et la santé au travail et sur la santé publique ainsi que des conseils à tous les ordres de gouvernements, aux organisations à réglementation fédérale et aux organisations non gouvernementales. Continuer à travailler avec d'autres sections de Santé Canada pour protéger la santé de la population canadienne contre l'arrivée de maladies quaranténaires. Protéger la santé des dignitaires en visite au Canada.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses	Dépenses nettes
réelles en 1998-1999	totales en 1998-1999	prévues en 1998-1999	
24,7	26,2	29,9	Dépenses nettes
(4,1)	(6,2)	(6,2)	Recettes attendues
20,6*	20,0	23,7	

\* Cette somme représente 7,7 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Ce secteur de service incombe principalement à l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST). L'objectif de l'AHST est de fournir une vaste gamme de services et de conseils en matière de santé et de sécurité au travail directement à ses clients du secteur public afin de les aider à protéger et à promouvoir la santé et la sécurité au travail de leurs employés.



Des employés de l'AHST inspectent du matériel de sécurité.



- établissement d'un plan de recherche pour les pathogènes transmissibles par le sang et d'un système de surveillance et d'enquête global pour le suivi des maladies transmissibles par le sang, par la création d'une structure organisationnelle pour :
  - a) éliminer les pathogènes transmissibles par le sang dans l'approvisionnement en sang canadien;
  - b) réduire l'incidence des infections transmissibles par le sang au sein de la population canadienne;
  - c) déceler les infections transmissibles par le sang nouvelles.

## Réalisations

- mise au point finale d'un système intégré efficace de surveillance pour fournir des données de laboratoire et des données épidémiologiques sur l'évolution changeante des infections transmissibles par le sang, dont le VIH/sida. Quatre éclosons de cas d'infection par le VIH ont également fait l'objet d'enquêtes;

- établissement d'un vaste programme de surveillance et de laboratoires pour étudier la résistance antimicrobienne chez les microorganismes en cause dans la tuberculose et les infections nosocomiales. L'objectif est d'étudier, de surveiller et de contrôler l'apparition de microorganismes résistants aux antibiotiques comme le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et les *Enterococci* résistants à la vancomycine;

- conclusion d'une entente avec la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer sur un ensemble de normes pour la consignation de données sur l'évolution des cancers et d'indicateurs de base pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les normes et les indicateurs de base sont conçus de manière à faire en sorte que les Canadiennes bénéficient d'une approche répondant aux normes pour ce qui est du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils donneront également la garantie que les données sur le cancer du col de l'utérus sont uniformes d'un océan à l'autre au



## Fardeau économique annuel des maladies infectieuses et chroniques

- le fardeau économique de la maladie au Canada est d'environ 160 milliards de dollars;

- les coûts directs du traitement de la maladie s'élèvent à environ 72 milliards de dollars;

- environ 60 % de ces coûts directs peuvent être attribués à 18 catégories de maladies;

- environ 3 milliards de dollars sur les coûts totaux sont attribuables aux maladies infectieuses et parasitaires et aux maladies transmissibles par le sang;

- le reste est attribuable aux traitements et aux coûts indirects pour les maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les blessures.

## Réalisations

- meilleur accès sous forme électronique et imprimée à des informations fondées sur des faits en matière d'immigration et de réfugiés. Des informations Web du LLM pour fournir des renseignements supplémentaires. Des informations continuent d'être communiquées au moyen des *Relevés des maladies transmissibles au Canada* et par la publication de lignes directrices et d'autres informations au sujet des maladies infectieuses, transmissibles et chroniques, sous forme électronique et imprimée. Engagement à fournir des renseignements nouveaux sur la santé tropicale et la quarantaine pour le bénéfice des voyageurs internationaux. Cette information est communiquée par divers moyens, dont la publication de lignes directrices, un service de transmission par télécopie et un site Web < [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/osh/tmp_f.html) >, ainsi que la fourniture, aux professionnels de la santé du Canada, d'une Trousse d'information à l'intention des voyageurs : lignes directrices pour les professionnels de la santé.

### Priorité 1.D.2

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, au niveau national et international qui harmoniseront et amélioreront les opérations.

## Réalisations

- transformation de la stratégie nationale de médecine des migrants en effort collectif avec les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie pour élaborer un modèle décisionnel-analytique d'évaluation des risques pour la santé en vue du dépistage des maladies infectieuses chez les candidats à l'immigration. Jusqu'ici, des travaux ont été entrepris pour déterminer l'effet du dépistage par opposition au non-dépistage du VIH/sida, de la tuberculose et de l'hépatite B chez les immigrants. Le projet se poursuivra jusqu'en 2000. Le travail visant à améliorer l'activité en matière de médecine des voyages progresse, comme l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention et le contrôle de la tuberculose.

### Priorité 1.D.3

Moderniser le cadre réglementaire de gestion des risques.

## Réalisations

- amorçage d'une importante initiative législative pour mettre à jour et réviser la Loi sur la quarantaine et les règlements y afférents.



Objectif

Permettre au Ministère d'évaluer l'efficacité théorique et réelle de diverses méthodes de prévention, de dépistage et de diagnostic, de traitement et de traitement palliatif d'un large éventail de maladies.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses nettes
Dépenses prévues en 1998-1999	Autorisations totales en 1998-1999	38,8	39,5
Dépenses réelles en 1998-1999		38,4*	

\* Cette somme représente 14,4 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

La Stratégie de prévention et de contrôle des maladies du Ministère comprend les activités suivantes :

- surveillance, enquêtes et recherche dirigée pour évaluer les risques d'un large éventail de maladies et de blessures chez les humains;
- détermination des options en fait d'intervention en matière en santé publique par un rôle directeur et une collaboration efficaces avec divers gouvernements et organismes;

- évaluation des interventions pour la prévention et le contrôle des maladies.

Des activités de prévention et de contrôle des maladies sont conçues et réalisées dans un cadre de partenariats stratégiques qui comprend les provinces et les territoires, des organismes non gouvernementaux, des organismes bénévoles dans le domaine de la santé, des organismes internationaux, et d'autres directions générales de Santé Canada comme la DGPS, la DGPPS et la DGSM. Pour plus de renseignements, voir le site Web du Laboratoire de lutte contre la maladie à

< [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/new\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/new_f.html) >.

Priorité 1.D.1

Améliorer les cadres de gestion des risques en établissant et en mettant à jour des lignes directrices, des politiques et des programmes qui tiennent compte de nouvelles considérations et informations, et en incorporant un processus de prise de décision qui inclut un public informé.







perturbateurs du système endocrinien, polluants de l'air urbain, et effets cumulatifs des substances toxiques, en plus d'unir les chercheurs scientifiques canadiens dans le secteur privé, les universités, les organisations et le gouvernement. Les résultats fourniront les données probantes à utiliser dans l'élaboration des politiques visant à réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement que comportent les substances toxiques.



*exigences d'étiquetage pour les produits du tabac a été publié et remis à l'industrie et aux parties intéressées pour obtenir leurs commentaires. Des propositions élaborées, et la publication dans la Partie I de la Gazette du Canada est prévue pour l'automne 1999;*

- proposition de règlements sur le tabac (Promotion) qui peuvent influencer sur la publicité et la promotion de commande des produits et des accessoires du tabac. Le but est de protéger les Canadiens (en particulier les jeunes) contre les moyens employés pour rendre attrayante l'utilisation du tabac. En janvier 1999, un document de consultation, *Options pour la promotion de la réglementation du tabac*, a été publié et distribué à l'industrie et aux parties intéressées pour obtenir leurs commentaires. Des propositions réglementaires sont en voie d'élaboration et leur publication est prévue pour 1999-2000.

**Priorité 1.C.3**

Améliorer les systèmes de surveillance de la santé par un meilleur accès aux données sur les blessures signalées par les hôpitaux.

**Réalisations**

- analyse causale et épidémiologique approfondie des blessures mettant en cause des produits de consommation signalées par les hôpitaux. Nouvel accès à la base de données sur les blessures signalées par les hôpitaux pour l'analyse des causes et des tendances.

**Priorité 1.C.4**

Améliorer les activités scientifiques de base du Ministère lui-même en recherche et en santé publique.

**Réalisations**

- incorporation de la Politique de gestion des substances toxiques dans les stratégies de gestion d'hygiène du milieu. Cette initiative sous-tend les efforts de recherche stratégique et appliquée dans cinq domaines prioritaires : polluants organiques persistants, métaux dans l'environnement, produits chimiques

**Rendement du programme - Résultats**

- l'élimination du plomb dans l'essence et les produits de consommation a contribué à une réduction de 95 % du taux de plomb dans le sang des enfants;

- la surveillance, la sensibilisation et la R-D permettent de réduire de 90 % l'exposition des travailleurs de l'industrie nucléaire à des rayonnements ionisants;
- les décès de causes accidentelles chez les enfants sont tombés de 31,5 à 20,6 pour 100 000 de 1981 à 1992.

- proposition de règlements sur le tabac (Déclaration) pour rajouter à la liste des ingrédients et des émissions à déclaration obligatoire, et qui s'appliqueront à toutes les classes de produits du tabac. À cette fin, une Lettre de renseignements de la DGPS a été publiée le 10 juin 1998 pour demander des commentaires sur les propositions réglementaires. Ces commentaires ont été analysés, avec le résultat que la Section de la réglementation du ministère de la Justice est en train de rédiger le texte réglementaire. La publication dans la *Partie I de la Gazette du Canada* est prévue pour l'automne 1999;
- proposition de règlements sur le tabac (Étiquetage) qui feront augmenter le nombre d'ingrédients et d'émissions qui devront être déclarés sur l'emballage afin de sensibiliser davantage les consommateurs à la nature dangereuse des produits du tabac, et qui exigeront l'affichage de graphiques dans les messages sur la santé. En janvier 1999, un document de consultation *Projet de nouvelles et drogues*. Lors de leur adoption en l'an 2000, ces règlements modifiés permettront de gérer plus efficacement la sûreté des cosmétiques et de leurs ingrédients;
- révision des règlements sur les cosmétiques aux termes de la *Loi sur les aliments et drogues*. Lors de leur adoption en l'an 2000, ces règlements modifiés permettront de gérer plus efficacement la sûreté des cosmétiques et de leurs ingrédients;
- élaboration en cours de lignes directrices sur la qualité de l'eau, de lois et de règlements sur l'eau potable, les produits liés à l'eau potable et les eaux utilisées à des fins récréatives, et de normes de rendement fondées sur la santé;
- révision des règlements sur les cosmétiques aux termes de la *Loi sur les aliments et drogues*. Lors de leur adoption en l'an 2000, ces règlements modifiés permettront de gérer plus efficacement la sûreté des cosmétiques et de leurs ingrédients;

## Réalisations

Moderniser le cadre réglementaire pour la gestion des risques.

## Priorité 1.C.2

- évaluation des risques pour la santé humaine d'environ un millier de produits chimiques et d'agents biologiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE)*; établissement de stratégies de réduction des risques pour des agents choisis; collaboration à la mise en oeuvre de la nouvelle *LPCE*.
- prestation de services de dosimétrie en milieu de travail à plus de 12 500 groupes de clients représentant plus de 90 000 travailleurs canadiens. Accès au registre donné à d'autres organismes de réglementation, dont la Commission de contrôle de l'énergie atomique et les organismes de réglementation provinciaux;
- évaluation des risques pour la santé humaine d'environ un millier de produits chimiques et d'agents biologiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE)*; établissement de stratégies de réduction des risques pour des agents choisis; collaboration à la mise en oeuvre de la nouvelle *LPCE*.
- surveillance et déclaration des plus hauts taux d'exposition aux polluants organiques persistants et aux métaux toxiques chez les Autochtones du Nord canadien, ainsi que des impacts possibles sur les groupes d'âge, pour justifier le besoin de contrôles. Étude du besoin d'élaborer des plans d'action régionaux nord-américains pour ces contaminants;
- évaluation des risques pour la santé humaine d'environ un millier de produits chimiques et d'agents biologiques en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE)*; établissement de stratégies de réduction des risques pour des agents choisis; collaboration à la mise en oeuvre de la nouvelle *LPCE*.

phthalate et sa teneur le cas échéant. Ces travaux ont pour effet de faire porter briquets; mise à l'essai de jouets en vinyle pour déterminer la présence de





## Priorité 1.C.1

Améliorer les cadres de gestion des risques en établissant des lignes directrices, des politiques et des programmes à jour qui tiennent compte d'informations et de considérations nouvelles, et en incorporant un processus de prise de décision qui inclut un public informé.

### Réalisations

- évaluation, prise en charge et déclaration de l'exposition des humains et des effets sur la santé des contaminants environnementaux dans le bassin du St-Laurent, la vallée du Fraser, les Grands Lacs et le Nord du Canada. Participation à des efforts aux niveaux fédéral, provincial et international. Ces activités ont permis au Ministère d'être plus en mesure d'évaluer les taux de contamination actuels, d'améliorer les pratiques de gestion des risques, de diriger les efforts et de déterminer les populations à risque, d'établir et de mettre en application des lignes directrices pour l'exposition chez les humains, et de déterminer les polluants organiques persistants;

- progrès en vue de la réduction de l'incidence des maladies d'origine hydrique et de l'exposition aux contaminants de lixiviation par des activités de recherche dans les domaines des maladies d'origine hydrique et de leur surveillance, des techniques d'analyse et des processus de traitement de l'eau;
- surveillance et étude des effets de la pollution atmosphérique sur les maladies respiratoires, les maladies cardiaques, la santé génésique et les anomalies congénitales dans la collectivité, et préparation d'un examen de leurs répercussions sur la qualité de vie. Le but de ces efforts est d'améliorer l'évaluation des risques dans l'air intérieur et extérieur, de faire en sorte que les activités ministérielles de gestion des risques, pour ce qui est de la qualité de l'air, bénéficient d'un meilleur éclairage, et soient plus efficaces et efficientes, et de déterminer les populations à risque;

- Actualité continue - preuves scientifiques**
- produits chimiques** : sont en cause dans 50 000 empoisonnements et 20 décès par année;
  - pollution de l'air intérieur** : exige une attention extrême puisque les polluants libérés à l'intérieur ont 1 000 fois plus de chances d'atteindre les poumons.

- surveillance de la conformité à la Loi sur les produits dangereux et aux règlements y afférents par des activités d'application cycliques; enquêtes à la suite de plaintes; participation à l'élaboration du nouveau Règlement sur les produits chimiques et contenant des plomb dans les produits destinés aux enfants et norme d'application volontaire pour les meubles; révision du Règlement sur les cosmétiques en vertu de la Loi sur les aliments et drogues; sensibilisation des fabricants, des importateurs, d'autres organismes gouvernementaux et des laboratoires privés par rapport aux normes pour les

Objectif

Contribuer au développement durable, améliorer la sécurité, favoriser un usage sûr des produits et réduire les risques pour la santé en reconnaissant, en évaluant et en gérant les risques et les avantages des environnements naturels et artificiels.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	53,9	50,4	54,7*
prévues en			
1998-1999			
Dépenses	53,7	50,4	54,7*
totales en			
1998-1999			
Dépenses	56,7		
réelles en			
1998-1999			
Dépenses nettes	(2,9)	(3,3)	(2,0)

\* Cette somme représente 20,4 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Le Programme d'hygiène du milieu (PHM) assure le maintien d'une infrastructure de protection de la santé qui englobe la création et l'administration d'ententes et de cadres réglementaires relatifs aux environnements naturels, et à des milieux de vie et de travail sûrs. Il permet de surveiller la conformité aux cadres et d'entreprendre des activités de surveillance pour déterminer, évaluer et prendre en charge les risques pour la santé posés par les environnements naturels et technologiques et l'utilisation des produits de consommation et des produits commerciaux. Il est une source de conseils sur les facteurs environnementaux qui influent sur la santé et la sécurité pour permettre aux Canadiens d'interagir en toute sécurité dans les environnements de travail et de vie. C'est aussi dans le cadre de ce programme que sont élaborées des procédures d'intervention dans les situations dangereuses en matière d'environnement. Le programme est exécuté en vertu des lois suivantes, entre autres : la Loi sur les produits dangereux, la Loi sur le tabac, la Loi sur les dispositifs émettant des radiations, la Loi canadienne sur la protection de l'environnement, la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale, et la Loi sur les aliments et drogues.

Pour plus de renseignements, voir le site Web du PHM à <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/> >





- création et soutien du Groupe consultatif sur les produits de santé naturels, dont le rapport au Comité permanent sur la santé a inspiré les recommandations de ce dernier selon lesquelles l'innocuité, la qualité et l'efficacité des produits de santé naturels devraient être réglementées;
- établissement d'un Bureau des produits de santé naturels au sein de la DGPS, qui doit être fonctionnel d'ici à janvier 2000. Une équipe de transition a été formée pour assurer la mise en application dans les délais prévus des recommandations du Comité permanent;
- promulgation de nouveaux règlements pour les matériels médicaux le 7 mai 1998 après un processus de consultation prolongé auprès des intéressés;
- proposition d'un nouveau système pour la réglementation des produits thérapeutiques (version III du Cadre d'homologation des médicaments), qui a été remise aux intéressés en juin 1998;
- publication de 10 modifications réglementaires du Règlement sur les aliments et drogues dans la *Partie II de la Gazette du Canada*, et de 15 dans la *Partie I*;
- poursuite du travail d'élaboration de politiques relatif à un nouveau cadre réglementaire fondé sur des normes pour assurer la sûreté des tissus et organes à transplanter et des établissements où du sang est conservé (p. ex. banques de sang des hôpitaux). Les principales étapes ont été l'achèvement d'un projet de norme pour les tissus et organes par un groupe d'experts, qui deviendra une norme nationale du Canada, et avancement de la norme pour les établissements qui conservent du sang. Le rapport du Forum national sur la xénotransplantation a été rendu public à des fins de consultation, et une stratégie a été élaborée pour obtenir l'engagement du public;
- établissement d'un cadre pour un programme de recherche sur la marijuana.



Moderniser le cadre réglementaire pour les produits de santé naturels (y compris les remèdes à base de plantes médicinales, les aliments fonctionnels et les nutraceutiques); et adopter de nouveaux cadres réglementaires pour les matériels médicaux, l'homologation de produits, et les tissus et organes, y compris les xénogreffes.

### Priorité 1.B.3

Examen et amélioration de la réglementation du système canadien d'approvisionnement en sang, en tenant compte des recommandations de la Commission Krever. Les mesures suivantes ont été prises à cette fin :

- transfert de responsabilité de la Croix-Rouge canadienne à la Société canadienne du sang et à Héma-Québec;
- obtention de fonds additionnels pour la réglementation du sang;
- appui des activités du Conseil national de la sûreté du sang;
- révision de la politique nationale sur la maladie de Creutzfeldt-Jakob et des dons de sang, et consultation pertinente;
- établissement d'un groupe de rétroaction sur la réglementation du sang formé de consommateurs.

### Réalisations

Moderniser le cadre réglementaire du système canadien d'approvisionnement en sang, en tenant compte des recommandations de la Commission Krever.

### Priorité 1.B.2

Canada est vice-président;

- collaboration avec le Comité directeur panaméricain pour l'harmonisation des médicaments afin de recommander et de superviser les activités et les initiatives d'harmonisation panaméricaines. À l'intérieur de ce forum, le PPT doit jouer un rôle directeur relativement aux questions touchant la classification réglementaire des produits;
- signature d'ententes de reconnaissance mutuelle (ERM) qui sont en train d'être mises en application avec la Communauté européenne et la Suisse. Ces ententes s'appliquent aux médicaments et aux matériels médicaux;
- conception et mise en œuvre d'un cadre de gestion de l'information et de technologie pour le PPT, y compris un cadre harmonisé au niveau international pour les présentations électroniques de l'industrie.

établisser au sein du PPT d'un groupe de travail chargé de coordonner l'adoption de normes harmonisées au niveau international;

établisser d'un comité chargé de coordonner la participation du Bureau des matériels médicaux au groupe d'étude sur l'harmonisation mondiale, dont le



Objectif

Veiller à ce que les médicaments, les matériels médicaux et les autres produits thérapeutiques vendus aux Canadiens soient sûrs, efficaces et de bonne qualité. Santé Canada agit également à titre de législateur et soutient les activités d'application de la loi dans la lutte contre les drogues illicites.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses
1998-1999	1998-1999	1998-1999
prévues en	totales en	prévues en
49,4	78,1	49,4
(32,5)	(34,7)	(31,9)
Dépenses brutes		Dépenses brutes
16,9	43,4	16,9
Dépenses nettes		Dépenses nettes
		40,4*

\* Cette somme représente 15,1 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Santé Canada homologue les médicaments, les matériels médicaux et les autres produits thérapeutiques en vue d'essais cliniques et d'usages courants, et réglemente les établissements qui fabriquent, importent, distribuent, conditionnent et testent ces produits. Outre qu'il contrôle l'utilisation, enquête sur les problèmes signalés et prend des mesures correctives, le Ministère fonde sur des politiques législatives ses activités et services d'analyse pour aider les organismes policiers à lutter contre les drogues illicites. Enfin, le Ministère définit les cadres réglementaires canadiens pour les produits thérapeutiques et travaille à l'harmonisation des normes et des activités canadiennes avec celles de ses homologues sur la scène internationale.

Pour de plus amples renseignements, voir le site Web du Programme des produits thérapeutiques à [> http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmfm/rtn/](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmfm/rtn/).

Priorité 1.B.1

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

Réalisations

- préparation et mise en application d'un plan directeur pour la participation du PPT à l'harmonisation internationale des opérations réglementaires par l'établissement d'une stratégie internationale à la grandeur du programme et d'un comité directeur sur l'harmonisation et la coopération internationale;



- application du nouveau cadre à l'élaboration de normes relatives à la sûreté et à la valeur nutritionnelle des aliments nouveaux. Le nouveau cadre a guidé l'élaboration fructueuse de plusieurs politiques (p. ex. étiquetage nutritionnel, enrichissement des aliments, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs). Ces initiatives arrivent à terme.

#### Priorité 1.A.2

Établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

#### Réalisations

- recherches sur la résistance antimicrobienne avec le Bureau des dangers microbiens et le Bureau des médicaments vétérinaires de la DGPS et l'Université de Guelph. Ce projet a donné lieu à des activités d'élaboration de politiques, de recherche et de surveillance en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, d'autres maisons d'enseignements et l'industrie. Des consultations ont été entreprises au sujet d'une politique visant à assurer l'utilisation prudente des produits antimicrobiens, et un groupe directeur sur l'utilisation des produits antimicrobiens chez des sujets non humains est en train d'être établi;
- planification de recherches sur la nutrition en partenariat avec des représentants du Manitoba et de la Colombie-Britannique, et mise en route d'enquêtes sur la consommation alimentaire chez les adultes. Un protocole d'enquête sur la nutrition chez les enfants a été adopté pour la collecte de renseignements sur l'alimentation des enfants d'âge scolaire au Québec.

#### Priorité 1.A.3

Améliorer les systèmes de surveillance de la santé au Canada.

#### Réalisations

- recherche visant à caractériser le degré de résistance antimicrobienne chez divers organismes. Des systèmes de surveillance sont en train d'être établis pour déterminer l'utilisation d'antimicrobiens chez le bétail et l'incidence des organismes antimicrobiens dans les aliments et chez les animaux;
- enquête à Whitehorse sur les contaminants possibles dans les aliments locaux. Les résultats de l'enquête indiquent que les concentrations de biphényles polychlorés (BPC) et d'organochlorés dans ces aliments se comparent à celles qui sont mesurées dans les aliments du sud du Canada et ne présentent aucun risque pour les consommateurs. Une évaluation des données sur les métaux et d'autres contaminants sera entreprise une fois que les analyses seront terminées.





- Les champs d'activité sont entre autres les additifs alimentaires, les contaminants chimiques et microbiologiques, la qualité nutritionnelle, les aliments nouveaux (p. ex. issus du génie génétique), les constituants et les processus de transformation des aliments, et les médicaments vétérinaires.
- Pour plus de renseignements, voir le site Web Aliments et nutrition à <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/aliment.htm>.
- Priorité 1.A.1**
- Améliorer le cadre de gestion des risques.
- Réalisations**
- collaboration avec le Laboratoire de lutte contre la maladie, le Programme des produits thérapeutiques et la Direction de l'hygiène du milieu au sujet de l'encéphalopathie spongiforme bovine (maladie de la vache folle). Une équipe de la DGPS sur l'encéphalopathie spongiforme transmissible a été formée pour surveiller les activités scientifiques et internationales, et ainsi pouvoir contribuer à l'élaboration de politiques canadiennes. Des politiques et des programmes provisoires ont été établis pour :
    - surveiller ou recenser les cas de la maladie de Creutzfeldt-Jakob classique (MCJ) ou de sa variante au Canada;
    - prendre en charge la MCJ, le sang et l'utilisation thérapeutique de tissus d'origine animale;
    - prévenir l'encéphalopathie spongiforme bovine au Canada;
    - prévenir l'importation de boeuf et de produits du boeuf infectés.
  - début de la mise en oeuvre du plan d'action « La nutrition pour une meilleure santé » par des enquêtes sur la nutrition, l'étiquetage nutritionnel et l'enrichissement des aliments;
  - élaboration de politiques et de programmes pour assurer la sûreté des aliments crus d'origine animale (p. ex. pour la sûreté microbiologique du fromage fait de lait non pasteurisé). Un comité directeur a été établi pour élaborer des principes généraux applicables aux secteurs pertinents de l'industrie alimentaire. Ces principes ont déjà été appliqués pour réduire le risque que comporte la consommation de fromages à base de lait cru;
  - rédaction de lignes directrices pour la manipulation du boeuf haché contaminé par *E. coli* O157:H7 sur la base de critères microbiologiques utilisés pour déterminer les risques acceptables et non acceptables que pose cette viande contaminée par *E. coli* O157:H7;
  - achèvement, de concert avec les intéressés, du nouveau cadre de politique du programme pour les aliments. Ce nouveau cadre facilitera l'élaboration uniforme de politiques et la consultation en matière d'aliments pour protéger et améliorer la santé des Canadiens;



Objectif

Le Programme des aliments a pour fonction de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes en définissant et en gérant les risques et les avantages présentés par les aliments, et en donnant des avis à ce sujet.

Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Autorisations	Dépenses
prévues en 1998-1999	totales en 1998-1999	réelles en 1998-1999
45,2	39,6	41,0
Recettes attendues (2,2)	(1,3)	(1,0)
Dépenses nettes 43,0	38,3	40,0*

\* Cette somme représente 14,9 % des dépenses réelles de Gestion des risques en matière de santé.

Contexte

Le Programme des aliments a pour responsabilité première de protéger et d'améliorer la santé de la population canadienne par des politiques et des programmes à fondement scientifique pour des aliments sûrs et nutritifs. Les consommateurs ont besoin d'aliments sûrs et nutritifs, et ils ont besoin aussi d'une information exacte en la matière pour faire des choix éclairés. Il est de plus en plus démontré que les nutriments ont des effets directs sur l'apparition de maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, certains cancers et le diabète. Le manque d'aliments nutritifs est en corrélation avec les difficultés de développement et d'apprentissage chez les enfants.

- Le Programme des aliments :
- détermine les avantages et les dangers importants des aliments pour la santé;
- établi des politiques en matière de sûreté des aliments et de nutrition qui répondent aux besoins des Canadiens;
- fait partie d'organisations internationales et nationales de normalisation;
- réglemente les nouveaux aliments et les additifs alimentaires;
- conseille et guide le système canadien de sûreté des aliments.





## (b) Le Comité chargé de l'examen scientifique des laboratoires (CESL)

- a préparé un examen critique de toutes les activités menées dans les laboratoires de Santé Canada et a déterminé dans quelle mesure elles avaient réellement rapport au mandat du Ministère. Il a procédé à l'examen des activités des laboratoires dans la région de la Capitale nationale et dans les régions, puis a présenté un rapport intitulé *Conserver la confiance des Canadiens* au comité des sciences de Santé Canada pour qu'il puisse commencer à considérer des plans possibles pour l'application de ses recommandations. Le rapport qui a résulté a été remis aux scientifiques dans tout le Canada pour qu'ils l'examinent et le commentent, a été examiné au cours d'une série d'ateliers en avril et en mai 1998, et au cours de la même période a été présenté au Comité consultatif des sciences. Pendant tout ce processus, le CESL était guidé par un but fondamental : le besoin de rendre les laboratoires plus flexibles, fiables et adaptés au sein de la DGPS;
  - a constaté un besoin de redéfinir, de simplifier et d'intégrer les laboratoires de la DGPS, à la fois pour rendre plus efficace l'utilisation des ressources de laboratoire et pour mieux répondre aux besoins des Canadiens.
- (c) Conseil consultatif sur la lutte antiparasitaire (CCLA)
- a été établi en novembre 1998 pour offrir un forum aux intéressés en vue de préparer des avis sur les politiques et les questions relatives au système de réglementation de la lutte antiparasitaire. Le CCLA s'est déjà réuni trois fois pour examiner les nouvelles lois proposées, le programme de réévaluation des pesticides et d'autres questions.

## Responsabilité pour les résultats clés

### Responsabilité principale :

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la protection de la santé

### Corresponsabilité :

Sous-ministre adjoint - Direction générale des services médicaux

Sous-ministre adjoint - Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

Directeur exécutif - Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire

Chef de la direction - Agence d'hygiène et de sécurité au travail

- de tenir compte dans les nouvelles lois des progrès accomplis dans notre compréhension de la santé, et des meilleures façons de la promouvoir et de la protéger en travaillant avec des partenaires au sein du gouvernement et dans le secteur privé afin de prendre en charge efficacement les risques pour la santé.
- Priorité 1.4**
- Améliorer les systèmes de surveillance de la santé au Canada.
- Réalisations**
- production d'un document de travail, de concert avec une équipe fédérale-provinciale-territoriale de conception de l'intégration de la surveillance, au sujet d'un réseau national de surveillance de la santé pour le Canada. Les rôles et les responsabilités fonctionnels proposés des principaux partenaires dans la surveillance de la santé au Canada ont été dégagés, et des recommandations ont été faites quant aux processus ou aux mécanismes par lesquels les principaux partenaires pourraient établir, examiner et mettre à jour les priorités pour le réseau national de surveillance. Le but est d'accroître la contribution de la surveillance de la santé à la santé future des Canadiens.
- Priorité 1.5**
- Améliorer les activités scientifiques de base de Santé Canada sur le plan de la réglementation, de la recherche et de la santé publique en tirant parti de l'apport du public et de conseillers indépendants.
- Réalisations**
- Afin de donner suite à la priorité ci-dessus, le Ministère a établi les deux conseils consultatifs suivants, qui sont chargés de lui fournir des avis sur la marche à suivre pour renouveler les programmes de protection de la santé :
- ( a ) Le Conseil consultatif des sciences (CCS)**
- s'est penché sur des questions qui constituent des préoccupations clés pour la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) à l'heure actuelle et qui donne lieu à un important débat public. En 1998, le Conseil a envoyé deux lettres de recommandation au Ministère, en plus de ses six rapports. La première lettre portait sur le sort du laboratoire de primates non humains, et la seconde, sur la création du Programme des aliments sains et nutritifs à la DGPS. Le Conseil a également suivi attentivement l'examen du cadre réglementaire pour les produits de santé naturels, et il a donné son avis sur les orientations proposées;
  - a examiné la qualité du travail scientifique à la DGPS, dans le cadre général de l'étude d'autres questions relatives à la « plate-forme scientifique », comme l'examen par les pairs et le rôle d'un agent scientifique en chef. Le Conseil a recommandé que les ressources soient suffisantes pour assurer la meilleure qualité du travail et des gens. Le budget de 1999 a mis l'accent sur les soins de santé, et les crédits de la DGPS ont été considérablement augmentés.





### Priorité 1.3

#### Réalisations

- poursuite du processus de conversion au recouvrement des coûts total à l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail (AHST). Une formule pour la répartition des affectations a été mise au point, et un protocole d'entente a été établi pour clarifier les rôles de l'AHST et des autres ministères par rapport à la prestation de services de l'Agence;
- renforcement des partenariats avec d'autres gouvernements, l'industrie, les professions de la santé et les associations de consommateurs afin de conseiller les dirigeants de programme et les scientifiques qui élaborent la politique pour la réglementation de l'approvisionnement en sang, ainsi que pour intensifier l'échange d'information et la collaboration relativement aux interventions sur le marché au sujet de l'innocuité des produits thérapeutiques vendus au Canada;
- le Prix d'excellence de la Fonction publique a été remis à une équipe de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire qui a utilisé le nouveau processus d'examen mixte mis au point dans le cadre de l'ALeNA pour terminer l'homologation du premier produit chimique à risque réduit ayant fait l'objet d'un examen mixte, ce qui a permis d'épargner temps et argent, et qui a donné aux producteurs de fruits canadiens et américains un accès égal au fongicide cyprodinil (Vangard®), produit plus récent et plus sûr à appliquer sur les pommes;
- recherche collective sur la résistance antimicrobienne avec l'Université de Guelph et collaboration avec les *Centres for Disease Control and Prevention* aux États-Unis relativement à des méthodes de prévention des maladies.

Moderniser le cadre réglementaire pour la gestion des risques.

#### Réalisations

- Publication en juillet 1998 d'un document de travail intitulé *Responsabilités partagées, vision partagée - Renouvellement des dispositions législatives fédérales liées à la protection de la santé* pour améliorer et mettre à jour les lois de protection de la santé (à l'exclusion des domaines déjà à l'étude comme les nouvelles techniques de reproduction, les médicaments brevetés et les produits antiparasitaires). Le but de cet exercice était :
- de renouveler les lois, rédigées il y a des décennies, qui régissent les activités de Santé Canada en matière de protection de la santé;
- de tenir compte des changements dans la société, en médecine, dans les sciences et la technologie, et dans les modes de vie qui ont créé de nouveaux risques pour la santé;
- d'éliminer les brèches possibles dans la protection de la santé des Canadiens du fait que les lois ont été modifiées au cas par cas à mesure que des problèmes survenaient;

Convertir certains secteurs de Santé Canada en organisme de service spécial (OSS), et établir des partenariats, réglementaires et non réglementaires, aux niveaux national et international pour harmoniser et améliorer les opérations.

## Priorité 1.2

- révision du cadre préliminaire de gestion des risques de Santé Canada pour faire en sorte que le Ministère puisse atteindre son but premier, protéger la santé des Canadiens, et s'assurer que les risques pour la santé sont minimisés dans toute la mesure du possible. Bien que le cadre précédent se soit révélé utile, il a fallu le réviser pour tenir compte de l'environnement actuel et des nouvelles approches de la gestion des risques. Le cadre révisé reflète la participation du public et d'intervenants particuliers.

## Réalisations

Améliorer le cadre de gestion des risques.

## Priorité 1.1

- Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments
  - Réglementation des produits thérapeutiques
  - Hygiène du milieu
  - Prévention et contrôle des maladies
  - Agence d'hygiène et de sécurité au travail
  - Services d'urgence
  - Lutte antiparasitaire
  - Secrétariat canadien du sang
- La Gestion des risques en matière de santé comprend les secteurs de service suivants :
- l'administration du Secrétariat canadien du sang.
  - la gestion des risques pour la santé et l'environnement posés par les produits antiparasitaires;
  - la préparation de codes nationaux de radioprotection; les services de quarantaine; la préparation et l'intervention en cas d'urgence;
  - dispositifs émettant des radiations; le contrôle et la réglementation de l'étiquetage et de la promotion du tabac, et la production des rapports pertinents;





## C. Réalisations en matière de rendement par secteur d'activité

### Secteur d'activité 1 : Gestion des risques en matière de santé (GRS)

#### Objectif

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir et de prévenir les risques que présentent les maladies, les aliments, l'eau, les médicaments, les matériaux médicaux et les autres produits thérapeutiques, les produits antiparasitaires, les dangers présents dans l'environnement, les biens de consommation et les déterminants fondamentaux de la santé (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques), et d'intervenir au besoin.

#### Renseignements financiers

(en millions de dollars)

Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses
prévues en 1998-1999	1998-1999 totales en	1998-1999	réelles en 1998-1999
283,1	319,1	314,6	
(54,3)	(53,1)	(46,8)	
228,8	266,0	267,8*	
Dépenses nettes			

\* Cette somme représente 13,4 % des dépenses réelles du Ministère.

#### Contexte



Le secteur d'activité Gestion des risques en matière de santé (GRS) protège les Canadiens contre les dangers pour la santé et l'environnement. Il permet à Santé Canada de jouer un rôle unique pour assurer la sécurité des Canadiens. Ses activités englobent :

- l'examen des présentations de nouveaux aliments, médicaments et matériels médicaux;
- la surveillance des maladies; la surveillance et le contrôle de produits potentiellement dangereux;
- la surveillance et la prise en charge des risques dans l'environnement et le milieu de travail; l'inspection et l'application de la réglementation des aliments, des médicaments, des matériels médicaux et des autres produits thérapeutiques, des produits de consommation et des produits commerciaux, des cosmétiques, et des

# Tableau des principaux engagements en matière de résultats (suite)

Pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes :		Qui se manifeste par :		Réalisation signalée dans :
Politiques, planification et information en matière de santé	Un processus décisionnel dans le secteur de la santé basé sur une information fiable et à jour.	5.1 Système national de surveillance et de recherche de l'information sur la santé de première qualité, accessible à tous les Canadiens et les Canadiennes.		p.87 (5.1)



# Tableau des principaux engagements en matière de résultats (suite)

Pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes : Qui se manifeste par : Réalisation signalée dans :

Promotion de la santé de la population		Santé des Autochtones			
2.1 Un état de santé et des services de santé améliorés grâce à l'habilitation du public, à la participation des consommateurs et à des Canadiens et des Canadiennes mieux informés.	p.65 (2.1)	2.2 Des initiatives ciblées visant à prévenir la maladie et les traumatismes et à occuper d'une population vieillissante.	p.68 (2.2)	Approche de la santé qui prend en considération les déterminants sociaux et comportementaux de la santé et agit sur ces déterminants.	Des services et des programmes de santé rentables à l'intention des Autochtones, qui visent à réduire les inégalités sur le plan de la santé en regard des autres Canadiens et Canadiennes et qui sont pris en charge par les communautés des Premières nations et des Inuits et à leur propre rythme.
2.3 Le développement optimal de tous les enfants.	p.69 (2.3)	2.4 Un leadership en ce qui concerne la santé de la population et l'obligation de rendre compte au public.	p.69 (2.4)	3.1 Une espérance de vie, une incidence de tuberculose et de maladie cardiovasculaire, et des taux de mortalité infantile, de traumatismes et de suicides	3.2 Des données liées à l'habilitation et à l'amélioration des capacités des Premières nations.
		p.72,73 (figure 3-4), p.73,74 (figure 5-6)		p.74 (3.1), p.77 (3.2)	

Soutien et renouvellement du système de santé		Loi canadienne sur la santé :	
4.1 Accès à des services de santé conformes aux principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé : universalité, transférabilité, accessibilité, gestion publique et intégralité.	p.81 (4.1)	4.2 Un système de santé renouvelé et modernisé, en collaboration avec les provinces et les territoires.	p.82 (4.2)
4.3 L'équilibre amélioré entre les soins, le traitement, la prévention et la promotion, et la rentabilité du système de santé.	p.83 (4.3)		



# B. Tableau des principaux engagements en matière de résultats

Pour fournir aux Canadiens et aux Canadiennes : Qui se manifeste par : Réalisation signalée dans :

Gestion des risques en matière de santé		
1.1 Réduction des maladies, des traumatismes et des décès attribuables à des risques connus.	p.31 (1.1), p.36 (1.A.1), p.42 (1.C.1), p.46 (1.D.1), p.56 (1.G.1), p.61 (1.H.1)	
1.2 Acquisition d'une meilleure connaissance scientifique des risques et des avantages pour la santé humaine et l'environnement qui tienne compte des besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de soins de santé.	p.33 (1.5), p.37 (1.A.2), p.39 (1.B.3), p.44 (1.C.4)	
1.3 Une population bien informée des risques et des avantages particuliers pour sa santé.	p.33 (1.4), p.37 (1.A.3), p.42 (1.C.1), p.44 (1.C.3), p.48 (1.D.4)	
1.4 Des politiques, des lois, des règlements et des normes modernes qui permettent de faire face aux risques et aux avantages pour la santé humaine et l'environnement, et prennent en considération la mondialisation, l'économie et le développement durable et qui sont harmonisés, si besoin est, avec les homologues étrangers.	p.32 (1.3), p.36 (1.A.1), p.39 (1.B.2), p.39 (1.B.3), p.42 (1.C.1), p.43 (1.C.2), p.47 (1.D.3), p.57 (1.G.2), p.62 (1.H.2)	
1.5 Des consultations accrues avec le public et les divers intervenants.	p.31 (1.1), p.31 (1.2), p.37 (1.A.2), p.38 (1.B.1), p.43 (1.C.2), p.47 (1.D.2), p.57 (1.G.2)	
1.6 Des programmes qui utilisent la biotechnologie au profit de la santé publique.		



- appuyer le financement de recherches ou de projets et d'activités connexes par l'entremise du Fonds pour la recherche en services de santé, le projet d'un institut de la santé de la population ou par le biais du Programme national de recherche et de développement en matière de santé;
- surveiller l'évolution de la santé publique, au moyen des réseaux nationaux de surveillance sur le cancer, les comportements à risque chez les jeunes, la santé périnatale, les mauvais traitements et la négligence envers les enfants, le diabète, l'asthme et les maladies cardio-vasculaires;
- améliorer le processus d'élaboration des politiques et de planification.

#### Services ministériels

- renforcer l'appui courant apporté à l'effectif du Ministère, notamment le soutien continu aux employés touchés par le changement, les diverses initiatives visant à revitaliser la fonction publique et à garantir la présence constante de personnel qualifié (collectivement appelé « la Relève ») et accroître l'embauche des membres des minorités visibles dans certains groupes professionnels et dans les rangs de la gestion;
- améliorer la capacité du Ministère de gérer ses ressources financières, notamment appliquer, dans l'ensemble de la fonction publique, la Stratégie d'information financière à l'appui des initiatives de recouvrement des coûts et, à cette fin, améliorer ses processus et ses systèmes financiers et résoudre les problèmes posés aux systèmes existants par l'arrivée de l'an 2000;
- utiliser efficacement les technologies de l'information, notamment introduire du matériel, des logiciels et des services de soutien additionnels qui permettront de protéger les services ministériels au moyen des réseaux électroniques et d'améliorer la gestion de ses dossiers électroniques et autres;
- veiller à la conformité aux exigences du passage à l'an 2000 de toutes les installations, y compris les laboratoires;
- établir une base de données sur la conformité aux exigences du passage à l'an 2000 des vendeurs d'instruments à la réglementation.





- appuyer les interventions visant à prévenir et à contrôler les principales maladies non transmissibles et les décès (p. ex. maladie cardio-vasculaire, diabète, certains cancers);
- concevoir et diffuser un cadre d'action sur la prévention des blessures chez les personnes âgées, ainsi que d'autres documents sur le mode de vie sain et la prévention des blessures et des maladies;
- mener des recherches sur les répercussions sur la santé de la violence envers les femmes et diffuser de l'information sur les initiatives fédérales par l'entremise du Centre national d'information sur la violence dans la famille.

## Santé des Autochtones

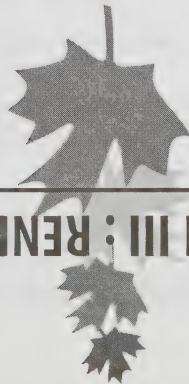
- mettre en place, de concert avec les autres directions générales de Santé Canada, un processus interne de gestion qui guidera et appuiera les négociations relatives à l'autonomie gouvernementale en ce qui concerne les services de santé;
- offrir des conseils et de l'aide aux régions de la DGSM et aux communautés indites et des Premières nations désireuses de gérer elles-mêmes leurs services de santé;
- transférer les services des deuxième, troisième et quatrième niveaux et l'administration des immobilisations, à un rythme qui sera déterminé par les Premières nations, sous réserve de l'obtention des autorisations requises;
- accélérer l'utilisation des systèmes automatisés afin d'accroître l'efficacité;
- favoriser le recours d'un dispensateur universel pour les demandes à un point de service chargé du règlement en temps réel;
- achever la planification de l'évaluation de santé pour les services hospitaliers et négocier une entente de service avec un nouvel hôpital à Moose Factory.

## Soutien et renouvellement du système de santé

- travailler avec les provinces à l'élaboration d'un protocole visant à une interprétation plus ouverte de la *Loi canadienne sur la santé*;
- explorer, en collaboration avec les provinces et les territoires et grâce aux ressources fournies par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, les approches innovatrices (y compris l'utilisation de systèmes d'information) visant à réduire les coûts des soins de santé;
- formuler une perspective nationale pour régler les problèmes posés par le renouvellement de l'assurance-maladie, comme les listes d'attente, les directives cliniques et les ressources professionnelles en matière santé.



## SECTION III : RENDEMENT DU MINISTÈRE



### A. Attentes en matière de rendement

Suivent certains des buts du Ministère tirés de la section Secteurs d'activité du Rapport de 1998-1999 sur les plans et priorités :

#### Gestion des risques en matière de santé

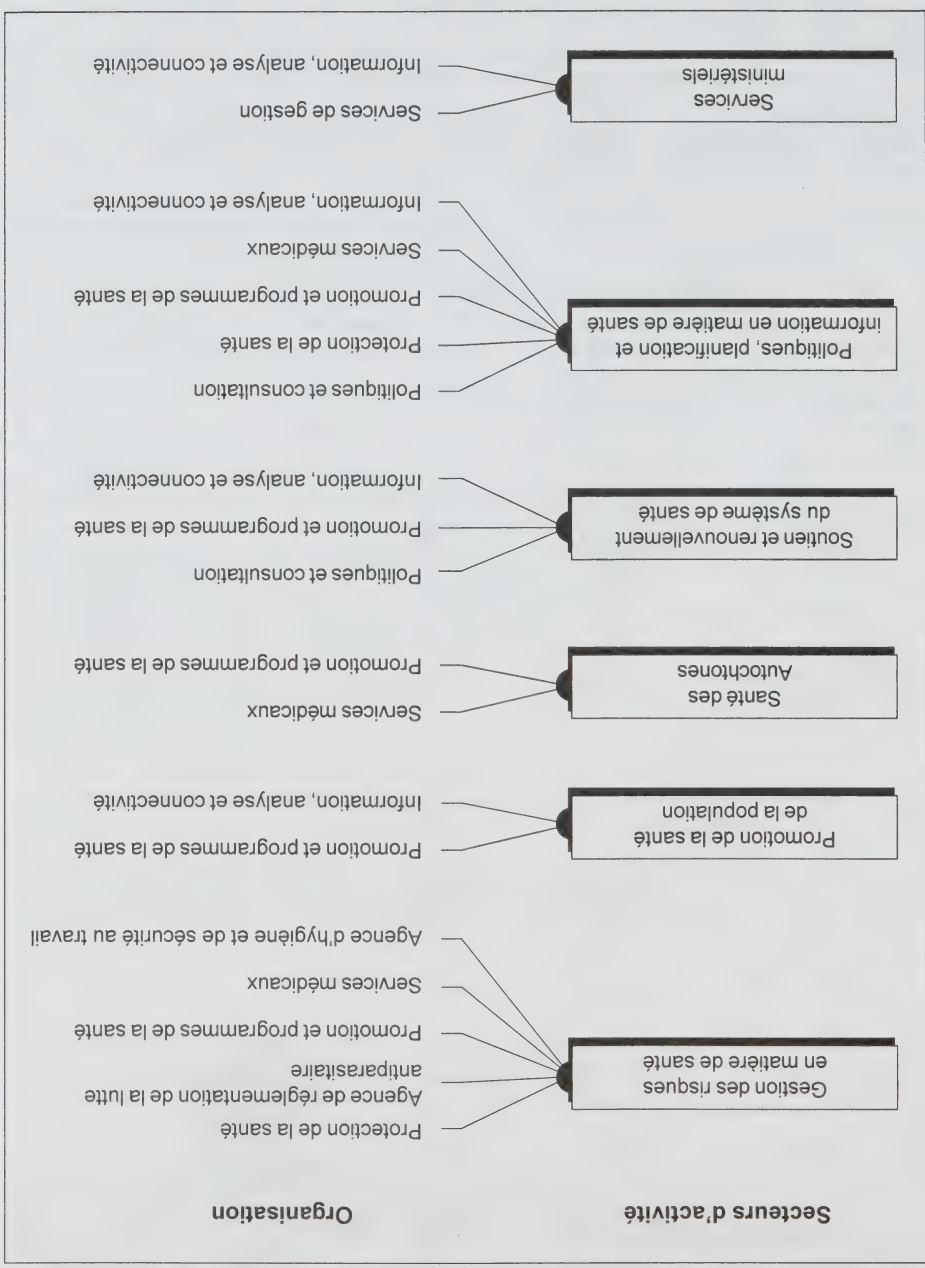
- améliorer les cadres de gestion des risques et, à cette fin, élaborer des lignes directrices, des politiques et des programmes à jour, prenant en considération les questions et les données récentes et intégrer un processus de prise de décisions auquel le public est associé;
- transformer certains services de Santé Canada en organismes de service spécial (OSS), et établir des partenariats, touchant ou non la réglementation, à l'échelle nationale et internationale, afin d'harmoniser et d'améliorer les opérations;
- moderniser le cadre réglementaire dans le domaine de la gestion des risques;
- améliorer les systèmes de surveillance de la santé;
- améliorer ses propres activités scientifiques de base dans les domaines de la réglementation, de la recherche et de la santé publique, en misant sur la participation du public et le concours de conseillers indépendants.



#### Promotion de la santé de la population

- élaborer un modèle de la santé de la population et en obtenir l'acceptation au moyen d'activités de recherche, de consultation et de surveillance et prendre des mesures pour améliorer la responsabilité;
- partager les résultats des meilleures pratiques du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), concevoir des modèles/programmes pour aider les parents à s'acquitter de leur rôle de dispensateurs de soins, et tenir des ateliers nationaux de formation pour les travailleurs du PACE;

Figure 2 : Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle



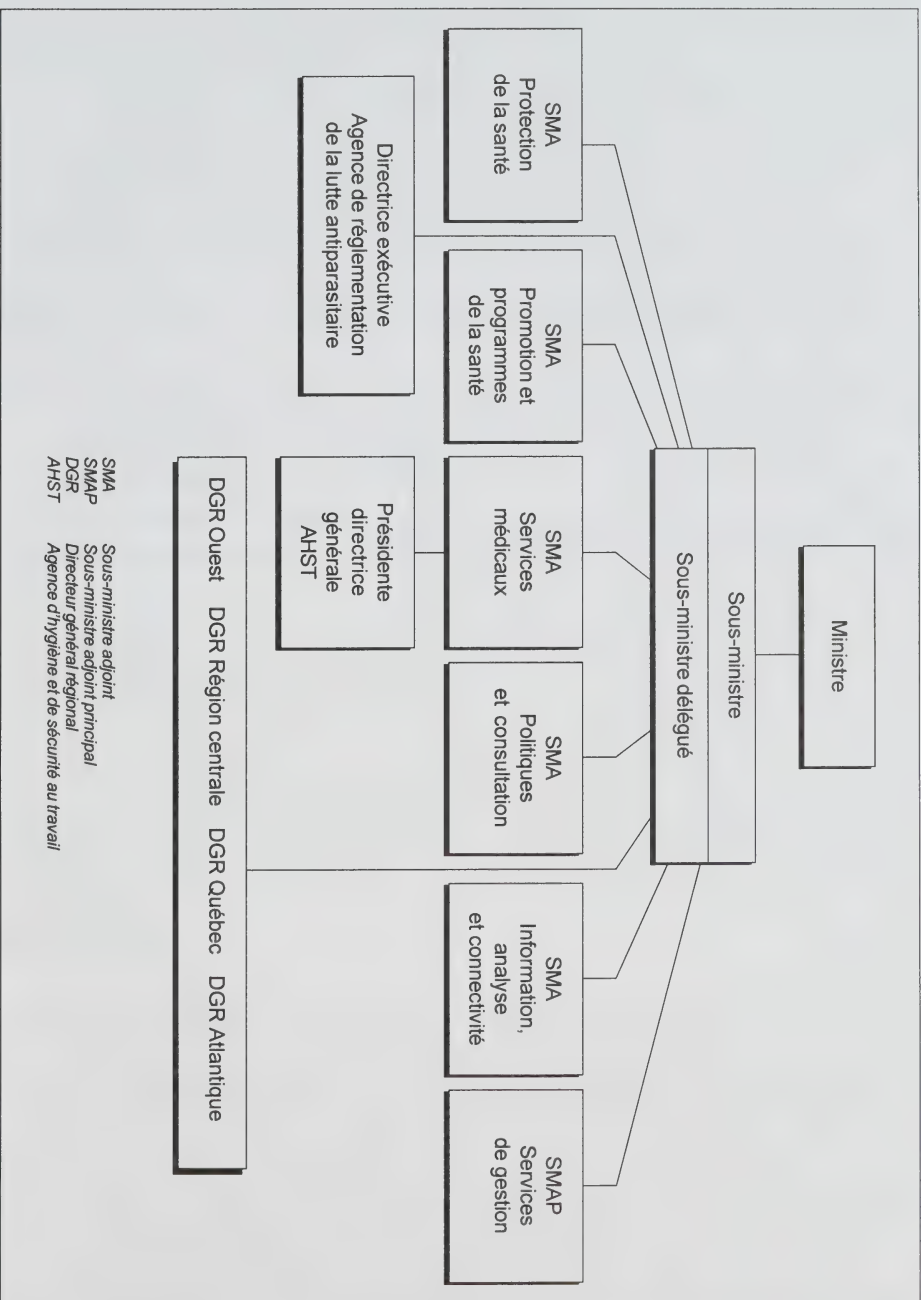


Figure 1 : Structure organisationnelle

## Services ministériels

### Objectif

Afin d'atteindre ses objectifs, Santé Canada a créé une nouvelle structure en novembre 1998, soit la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGAC) afin d'améliorer la production et l'utilisation de l'information et de la recherche en matière de santé, et de renforcer les bases analytiques du Ministère. Par l'entremise de la DGAC, le Ministère améliore le fondement analytique de la prise de décision; élabore un cadre et des politiques stratégiques à long terme qui déterminent, orientent et réorientent la participation du gouvernement à la politique de recherche en santé et à la recherche sur la politique en matière de santé; favorise l'utilisation imaginative de l'autoroute de l'information dans le secteur de la santé; et, en coopération avec les provinces et les territoires, le secteur privé et des partenaires internationaux, fournit conseils, expertise et assistance sur le plan de la gestion et de la technologie de l'information, de la planification et des opérations.

### Contexte

Faciliter l'exécution des programmes de Santé Canada par la prestation de services administratifs et de conseils ou de directives aux cadres supérieurs, en vue de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Les Services ministériels fournissent une gamme complète de services administratifs dans tout le Ministère :

- planification financière, systèmes et administration;
- planification des ressources humaines, développement et opérations;
- gestion de l'information, y compris technologie de l'information;
- gestion des biens, y compris acquisition de biens et services;
- santé au travail, sûreté et sécurité;
- correspondance du Ministre et du Sous-ministre.

En plus, les Services ministériels appuient la gestion globale des ressources du Ministère :

- en guidant et en conseillant sur le plan fonctionnel les gestionnaires de programme;
- en intégrant les options, les évaluations, les plans et les rapports en matière de ressources;
- en encourageant des méthodes de contrôle modernes;
- en entreprenant des vérifications internes.







## Soutien et renouvellement du système de santé

### Objectif

Assurer la durabilité d'un système de santé présentant un caractère national appréciable.

### Contexte

La préservation et la modernisation du système de santé canadien dans un contexte en perpétuel changement est la principale préoccupation du secteur d'activité Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS). Bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux soient responsables de la prestation des soins de santé, le gouvernement fédéral doit s'assurer que les services médicaux dans tout le Canada respectent les principes et les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé (LCS)*, et susciter un consensus national sur la manière d'alléger les pressions financières sur les secteurs public et privé, de maintenir l'accès universel aux soins de santé appropriés, et de parvenir à un meilleur équilibre entre les soins de santé, la prévention de la maladie, et la protection et la promotion de la santé.

## Politiques, planification et information en matière de santé

### Objectif

Favoriser à Santé Canada un processus décisionnel stratégique fondé sur des données probantes et promouvoir l'application d'un processus semblable au sein du système de santé canadien et de la population canadienne.

### Contexte

Le secteur d'activité Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) joue quatre rôles clés :

- aide à élaborer des programmes, des politiques et des plans stratégiques nationaux de grande envergure;
- aide à favoriser la vaste gamme de recherches nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé du Canada;
- favorise la création et l'application de technologies et de systèmes d'information innovateurs dans le secteur de la santé;
- rend les décideurs de la politique sanitaire comptables de l'efficacité de leurs décisions visant à favoriser une meilleure santé.

censés pousser les coûts à la hausse. Les réformes de la santé en cours dans les provinces, les coûts des soins de santé qui augmentent, les facteurs socio-économiques comme le logement inadéquat et le taux d'emploi peu élevé contribuent tous à rendre encore plus précaire une situation financière déjà difficile. L'autonomie gouvernementale et le transfert des services de santé aux Premières nations et aux communautés inuites devraient payer la voie à une meilleure santé chez les Premières nations et les Inuits.



- Services d'urgence
- Lutte antiparasitaire
- Secrétariat canadien du sang

## Promotion de la santé de la population

### Objectif

Promouvoir la santé de la population en agissant sur les déterminants sociaux et comportementaux de la santé.

### Contexte

Santé Canada a adopté une approche axée sur la santé de la population pour préserver et améliorer la santé des Canadiens. Cette approche reconnaît que de nombreux facteurs, en plus du système de santé, influent de façon déterminante sur la santé des individus et des groupes démographiques. Elle encourage la prévention de la maladie et l'action individuelle et sociale, et cible une gamme de facteurs et la façon dont ils interagissent pour déterminer la santé et le bien-être des Canadiens. Le plan d'ensemble de cette approche s'articule autour de trois étapes de la vie : l'enfance et la jeunesse, le début de la vie adulte jusqu'à l'âge mûr, et le vieillissement. Selon cette approche qui englobe tout le cycle de vie, Santé Canada peut agir sur la vaste gamme de déterminants de la santé, ainsi que sur les questions prioritaires auxquelles les Canadiens s'attendent à ce que leur gouvernement s'attaque (p. ex. abus d'alcool et de drogues, VIH/sida, cancer et maladies du cœur).

## Santé des Autochtones

### Objectif

Aider les Autochtones et leurs communautés à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne, et garantir la disponibilité et l'accessibilité des services de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits.

### Contexte

D'importantes inégalités subsistent en matière de santé au sein de la population autochtone. Par exemple, les taux de diabète, de tuberculose, de la suicide et de tabagisme y sont beaucoup plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne. Selon des recherches, les enfants chez les Premières nations et les Inuits pourraient être plus à risque pour les maladies infectieuses, sont significativement plus jeunes et sont hospitalisés plus longtemps en moyenne, et risquent plus d'être admis aux soins intensifs que les enfants non autochtones. Le taux de naissance chez les Autochtones est deux fois plus élevé que la moyenne canadienne, et la moyenne d'âge est de 10 ans de moins que dans l'ensemble de la population – ces facteurs sont

### Objectif

Améliorer la surveillance de la santé et la capacité de prévoir et de prévenir les risques que présentent les maladies, les aliments, l'eau, les médicaments, les instruments médicaux, les produits antiparasitaires les dangers présents dans l'environnement, les biens de consommation et les déterminants fondamentaux de la santé (comportement individuel, famille, conditions sociales et économiques), et d'intervenir au besoin.

### Contexte

Le secteur d'activité Gestion des risques en matière de santé (GRS) protège les Canadiens contre les dangers pour la santé et l'environnement. Il permet à Santé Canada de jouer un rôle unique pour assurer la sécurité des Canadiens. Ses activités englobent :

- l'examen des présentations de nouveaux aliments, médicaments et matériels médicaux;
- la surveillance des maladies; la surveillance et le contrôle de produits potentiellement dangereux;
- la surveillance et la prise en charge des risques dans l'environnement et le milieu de travail; l'inspection et l'application de la réglementation des aliments, des médicaments, des matériels médicaux et des autres produits thérapeutiques, des produits de consommation et des produits commerciaux, thérapeutiques, et des dispositifs émettant des radiations; le contrôle et la réglementation de l'étiquetage et de la promotion du tabac, et la production des rapports pertinents;
- la préparation de codes nationaux de radioprotection; les services de quarantaine; la préparation et l'intervention en cas d'urgence;
- la gestion des risques en matière de santé et l'environnement posés par les produits antiparasitaires;
- l'administration du Secrétariat canadien du sang.

La Gestion des risques en matière de santé comprend les secteurs de service suivants :

- Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments
- Réglementation des produits thérapeutiques
- Hygiène du milieu
- Prévention et contrôle des maladies
- Agence d'hygiène et de sécurité au travail





- **Renforcer les partenariats sur la santé, l'environnement et le développement durable** : possibilités de collaboration avec d'autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les communautés et organismes des Premières Nations et des Inuits, ainsi qu'avec les professionnels de la santé, les groupes de pression en matière de santé, les consommateurs et les chercheurs;
  - **Intégrer le concept de développement durable à la prise de décision et aux activités du Ministère** : possibilités pour le Ministère de devenir plus sensible au développement durable en établissant clairement les responsabilités et l'imputabilité en matière de développement durable, et en rendant plus respectueuses pour l'environnement les opérations dans ses laboratoires, établissements de soins de santé, entrepôts et bureaux.
- Notre intention à Santé Canada est d'intégrer la philosophie du développement durable dans l'élaboration de toutes les politiques et de tous les programmes, ainsi que dans la planification, la dotation en personnel, la formation, la détermination des risques, les évaluations réglementaires, les activités en partenariat, la consultation publique, etc. Intégrer la philosophie du développement durable dans tous ce que nous faisons exigera l'examen continu des processus et des outils que nous avons et de ceux dont nous avons besoin.

constitue un élément clé, l'objectif ultime étant l'autonomie et la prise en charge des programmes de santé et des ressources s'y rattachant par les Premières nations et les Inuits.

## Développement durable

La notion de développement durable évolue : les idées au sujet de ce qui permet aux populations humaines d'être en santé changent. Au cours des deux dernières décennies, on est de plus en plus conscient des déterminants (ou facteurs) interdépendants qui contribuent à la santé des populations. On reconnaît maintenant que ces facteurs incluent le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité, l'emploi et les conditions de travail, les milieux physiques et sociaux, les habitudes de santé personnelles et les capacités d'adaptation, le développement sain de l'enfant, la biologie et le patrimoine génétique, les services de santé, le sexe et la culture.

En tant que ministre fédéral, Santé Canada exerce une influence directe sur les conditions sociales et culturelles, économiques et environnementales au Canada par l'exécution de ses politiques, programmes et responsabilités réglementaires. Afin de favoriser l'avènement d'une société en meilleure santé où le bien-être de l'homme et la qualité de l'écosystème sont améliorés, le Ministère s'efforce de considérer et d'intégrer plus pleinement les sphères économiques, sociales et environnementales dans son processus décisionnel. Le développement durable est un processus pratique qui suppose des responsabilités éthiques et légales qui façonnent la prise de décision dans tout le Ministère. Le développement durable, c'est une question de qualité de vie. Santé Canada est en train de mettre en oeuvre sa Stratégie de développement durable de 1997, préparée en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* (révisée en 1995). En 1998, le Ministère a révisé ses objectifs en réponse à la recommandation du Commissaire à l'environnement et au développement durable, et les a rendus plus quantifiables. Ces objectifs, affichés dans les pages Web du Ministère

> <http://www.hc-sc.gc.ca/susdevdur/health/f.htm> >, s'articulent autour de quatre thèmes stratégiques :

- **Promouvoir et améliorer la santé de la population** : possibilités de contribuer au développement durable par une approche axée sur la santé des populations et notre intention d'explorer plus à fond les liens entre la santé de la population et le développement durable, ainsi que de favoriser le développement sain des enfants et des jeunes;
- **Déterminer et réduire les risques pour la santé qui sont attribuables à l'environnement** : possibilités de s'attaquer aux risques pour la santé qui sont d'origine environnementale (substances toxiques dans l'environnement, effets sur la santé bio-régionaux, et maladies environnementales) et alimentaire;





Les Premières nations et les Inuits exigent aussi de participer davantage aux décisions touchant leur santé. Ils estiment que l'élaboration d'un système de santé des Premières nations et des Inuits qui est viable et bien intégré de santé.

bien précis. Et ils veulent pouvoir faire des choix quant à leur santé et aux soins procédurés possibles. Ils veulent des preuves quant à l'efficacité de traitements sur la médecine douce. Ils veulent avoir accès aux meilleures technologies et encore davantage aux décisions touchant leur santé. Ils veulent être renseignés Canadiennes exigent davantage du système de santé. Ils veulent participer services de santé et fur et à mesure qu'ils vieillissent, les Canadiens et les technologie et bien au courant de la nécessité de pouvoir avoir accès à des Bien renseignés sur les innovations impressionnantes de la science et de la l'affût des problèmes de santé et des solutions possibles.

intéressent, de se fier aux renseignements qu'ils trouvent et de demeurer à l'Internet. Grâce à l'Internet, par exemple, les gens sont de plus en plus en mesure de faire des recherches approfondies sur les questions de santé qui les nombre plus important que jamais de renseignements sur la santé et sur les Dans une société infoculturelle, les Canadiens et les Canadiennes ont accès à un

### 3) Les attentes des Canadiens et des Canadiennes augmentent.

sur de la recherche, que de tels nouveaux traitements sont efficaces. simplement pas auparavant - de même que la demande de preuves, fondées ces options fera augmenter la demande de services qui n'existaient tout et les Canadiennes plus âgés, dont le remplacement d'une articulation et les Il existe de nouvelles options en matière de soins de santé pour les Canadiens accrus.

Canadiens et de Canadiennes ayant l'âge de travailler pour supporter les coûts raison de l'évolution démographique, il restera relativement moins de que le coût des soins assurés à la personne moyenne de 40 ans. Par ailleurs, en de santé prodigués à la personne moyenne de 70 ans est de six fois plus élevé représentent 39 % des coûts des soins de santé du Canada. Le coût des soins santé - les 12 % de la population qui ont plus de 65 ans aujourd'hui Au fur et à mesure que les gens vieillissent, ils ont besoin de plus de soins de système de santé.

de la population. Cette situation suppose des ramifications énormes pour le population d'aujourd'hui. D'ici l'an 2030, ce groupe représentera plus de 22 % Canadiennes et les Canadiens de plus de 65 ans représentent 12 % de la La génération des "baby boomers" commence à avoir 50 ans. Les

### 2) La société canadienne vieillit.

d'avoir recours à une intervention chirurgicale. nouveaux vaccins, et les médicaments qui viennent remplacer la nécessité des découvertes encore plus spectaculaires : les thérapies géniques, les À l'avenir, les pertes de la biotechnologie et de la recherche se traduiront par



Selon de nombreuses évaluations, la population canadienne compte déjà parmi les populations les plus en santé au monde, et l'état de santé global s'améliore. Les décès survenant au cours de la première année de vie ont diminué de 82 % depuis les années 50. De nos jours, moins d'adultes meurent de maladies cardio-vasculaires et d'accidents. L'espérance de vie a atteint 81 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes, et les Canadiens et les Canadiennes peuvent espérer vivre 90 % de ce temps sans être atteints de problèmes de santé invalidants.

La restructuration de soins de santé ainsi que les compressions des budgets de la santé au cours des dernières années ont, toutefois, créé un climat d'anxiété pour les Canadiens et les Canadiennes. Nombre d'entre eux n'ont guère confiance que les services seront là quand ils en auront besoin. C'est donc dire que le rétablissement de la confiance des Canadiens et des Canadiennes dans le système de soins de santé constitue la plus importante question de politique gouvernementale au Canada.

Pour ce faire, il ne suffit pas de dépenser de plus fortes sommes. Il faut arriver à mieux comprendre les forces agissant sur la santé et sur les soins de santé de sorte à pouvoir dépenser judicieusement les ressources, d'une façon qui répondra aux besoins des Canadiens et des Canadiennes, qui rehaussera les valeurs qui ont amené la population canadienne à créer l'assurance-maladie et qui assurera la viabilité future des soins de santé.

## Facteurs de changement

À cet égard, trois tendances qui se dessinent au Canada comportent d'importantes incidences pour la santé et pour les soins de santé :

### 1) Les sciences et la technologie de la santé évoluent rapidement.

La dernière moitié du vingtième siècle a connu une explosion sans précédent de savoir scientifique — et de façons de protéger et d'améliorer la santé humaine. Il existe une multitude de nouveaux matériaux pour évaluer la santé, des centaines de nouvelles techniques pour diagnostiquer et traiter les maladies, et des milliers de médicaments nouveaux.

Par le passé, les Canadiens et les Canadiennes ont amélioré leur santé et renforcé la productivité du Canada en investissant dans la recherche sur la santé. L'application de connaissances plus poussées dans des domaines comme l'immunisation, la nutrition et les soins néonataux a permis d'accroître la longévité de façon phénoménale et d'améliorer énormément le bien-être de chacun des Canadiens et des Canadiennes.



- une infrastructure intégrée qui vient appuyer les trois premiers éléments en permettant la production, l'organisation et la diffusion d'information et de connaissances pertinentes pour l'établissement de politiques et de programmes en matière de santé et la prise de décisions d'ordre médical.
- S'il est vrai que Santé Canada fait partie intégrante de ces quatre éléments, la prestation des services est une responsabilité complexe recoupant plusieurs secteurs de compétence. Sa réussite repose sur la collaboration et la coordination parmi de nombreux partenaires et intervenants : les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; les organisations des Premières nations et les organisations inuites; le secteur bénévole et le secteur communautaire; les professionnels de la santé; le secteur privé; et, en bout de ligne, chacun des Canadiens et des Canadiennes. La mission de Santé Canada — aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé — constitue l'élément central du rôle fédéral dans le domaine de la santé et de la nature conçue de la prestation des services de santé au Canada.
- Le mandat législatif de Santé Canada est énoncé dans la Loi sur le ministère de la Santé et dans quelque 19 autres textes législatifs. Ensemble, ils décrivent le rôle que doit jouer le Ministère pour assurer un leadership, une collaboration et une coordination à l'échelle nationale en ce qui concerne les politiques et les règlements en matière de santé, la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé, l'information et les connaissances sur la santé, et la santé des Premières nations et des Inuits, ainsi que dans la prestation des services de santé. Les responsabilités du Ministère comprennent des secteurs comme ceux qui suivent :
- la sécurité des produits — les aliments, l'eau, les médicaments, les matériels médicaux et les dispositifs émettant des radiations, les produits de lutte antiparasitaire et les produits de consommation;
- le contrôle de la vente et de la publicité des produits du tabac;
- le contrôle de la vente et de l'utilisation de stupéfiants;
- la protection contre les dangers associés à l'environnement et au milieu de travail, y compris la santé et la sécurité au travail des fonctionnaires fédéraux;
- l'appui des activités reliées aux catastrophes et au secours d'urgence;
- l'application des mesures de quarantaine;
- la fourniture de services médicaux aux dignitaires de passage;
- la prestation de services de santé aux Premières nations et aux Inuits;
- la promotion d'habitudes de vie et de comportements sains;
- l'analyse, la production, le partage et l'utilisation d'information et de connaissances sur la santé de façon stratégique.



## SECTION II : VUE D'ENSEMBLE DU MINISTÈRE



### Mission

Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

### Mandat, rôles et responsabilités

Les Canadiens et les Canadiennes attachent énormément d'importance à leur santé et à celle de leurs familles. Une bonne santé constitue un élément fondamental de la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes et des collectivités dans lesquelles ils vivent. Une bonne santé, cependant, constitue plus que la simple absence de maladie. Une vie saine est une vie de bien-être physique, mental et spirituel. Il s'agit d'une ressource pour la vie de tous les jours. Au niveau de la population, une bonne santé contribue de façon incommensurable au bien-être social et à la productivité économique.

- Il est maintenant largement reconnu qu'une approche intégrée en matière de santé est essentielle à la santé des individus et des collectivités. Cette approche comprend quatre éléments de base interreliés :
- la protection de la santé qui prévient ou réduit l'incidence de la maladie et des blessures par une action réglementaire directe ou par d'autres mesures en vue de gérer les risques pour la santé sur lesquels les particuliers, à eux seuls, ont peu ou point de contrôle;
  - la promotion de la santé qui permet de fournir aux particuliers, aux groupes, aux collectivités et à la population générale l'information et les outils (ou l'accès à ceux-ci) leur permettant de prendre eux-mêmes des mesures pour prévenir la maladie et les blessures;
  - le traitement et les soins qui permettent d'éliminer les problèmes de santé ou de prévoir un traitement et des soins curatifs en cas de maladie ou de blessure;





- a remis 95 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé afin qu'il dirige un effort pancanadien intégré, qui s'inscrira dans le Carnet de route de l'information sur la santé, pour améliorer la collecte de données et l'échange d'informations. Des rapports publics seront produits sur la santé des Canadiens, ainsi que sur l'efficacité, l'efficacité et l'adaptation aux besoins du système de santé canadien, ce qui fera des Canadiens des partenaires plus avisés dans ce système;
- a continué d'appuyer les initiatives touchant l'infrastructure de la santé au Canada (Système d'information sur la santé des Premières nations, Système national de surveillance de la santé, et Réseau canadien de la santé), y compris détermination de la portée, structure d'autorité, stratégie de consultation et de partenariat, et autres importants aspects comme la protection des renseignements personnels, la sécurité, la responsabilité et la propriété intellectuelle;
- a lancé la Promotion de la santé en direct, site Web interactif < <http://www.hc-sc.gc.ca/health-promotion-sante/> > créé pour mettre l'information la plus à jour à la disposition des professionnels de la santé et du grand public. Cette information porte entre autres la nutrition, l'activité physique, le sida, les maladies du cœur, la réduction du tabagisme, les drogues et la toxicomanie, et les questions touchant les enfants.





- et à être davantage comptables à l'égard des électeurs en matière de politiques et de programmes sociaux, et à établir des mécanismes efficaces pour permettre aux Canadiens de participer à la détermination des priorités sociales et à l'obtention de résultats;
- en 1998-1999, le Ministre a annoncé le financement de projets, dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé, qui donneraient suite à quatre priorités dont avaient convenu les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la Santé : soins primaires, soins à domicile, assurance-médicaments, et prestation intégrée des services;
- en septembre 1998, les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la Santé se sont entendus sur des priorités clés choisies auxquelles ils s'attaqueraient ensemble pour renforcer le système de santé et améliorer la santé globale des Canadiens.

### **Politiques, planification et information en matière de santé**

Santé Canada s'est lancée dans une entreprise structurale en établissant la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAG) pour améliorer la production et l'utilisation d'information et de recherches en matière de santé, et renforcer les bases analytiques du Ministère. Ce dernier améliore ainsi sa base pour la prise de décision; l'élaboration d'un cadre stratégique pour la politique, la planification et l'information en matière de santé; l'utilisation imaginative de l'information dans le secteur de la santé; et, de concert avec d'autres partenaires, le rôle consultatif qu'il joue en ce qui a trait à la gestion et à la technologie de l'information. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a publié le rapport du Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Infroute santé du Canada : Vers une meilleure santé*. Le Conseil a fait 39 recommandations touchant l'information en matière de santé pour le grand public, la télésanté, la garantie d'accès, les mécanismes législatifs devant protéger les renseignements personnels, et une infrastructure de la santé autochtone. Une réponse à ce rapport est attendue à l'automne 1999;
- a financé 36 projets dans le cadre du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé, qui ont pour but d'améliorer la prestation des services de santé et d'augmenter l'accès au système de santé pour tous les Canadiens, où qu'ils vivent au Canada;
- a élaboré la Stratégie pour la santé des femmes, afin de faire en sorte que le système de santé soit mieux adapté aux problèmes et aux besoins des femmes en matière de santé, par exemple en évaluant les politiques et les programmes fédéraux pour en déterminer l'impact potentiel sur la santé des femmes;



inuite et trois communautés des Premières nations, et a pour but de déterminer le type et le niveau de l'aide nécessaire dans la communauté et à domicile par rapport au diabète, et de mettre au point des modèles axés sur les soins, le traitement et l'éducation qui amélioreront la qualité de la prise en charge du diabète.

## Soutien et renouvellement du système de santé

Le système de santé national du Canada est le programme social auquel la société tient le plus, et l'un de ceux qui font intrinsèquement partie de notre identité en tant que nation. Toutefois, le rythme et l'ampleur des réformes du système de santé pendant toutes les années 90 ont suscité des inquiétudes chez les Canadiens au sujet de l'accessibilité et de la qualité en baisse des soins de santé. Qui plus est, une majorité de Canadiens a dit croire que le système continuerait de se dégrader au cours des cinq prochaines années, et elle a clairement indiqué que les soins de santé devraient être une priorité absolue.

En 1998-1999, le Ministère a défini des options stratégiques en vue d'importants investissements fédéraux qui non seulement aideraient les provinces et les territoires à alléger des pressions immédiates, mais qui permettraient de jeter les bases d'un système durable et moderne à long terme. D'importants progrès ont également été accomplis pour établir une plate-forme et déterminer les principales priorités en ce qui concerne le rôle directeur fédéral et la collaboration avec les provinces, les territoires et les autres partenaires. En particulier, au cours de l'exercice :

- la collaboration avec le ministère des Finances et les autres organismes centraux a débouché sur ce qui devait être connu sous le nom de budget de la santé de 1999. Les investissements annoncés dans le budget incluaient 11,5 milliards de dollars sous forme de transferts aux provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Dans une lettre au Premier Ministre, tous ses homologues provinciaux et territoriaux se sont engagés à consacrer ces transferts exclusivement à l'amélioration des soins de santé;

- le budget de 1999 prévoyait également 1,4 milliard de dollars pour des travaux avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires nationaux dans un certain nombre de secteurs, par exemple l'information et la responsabilité, et la santé rurale et communautaire;

- le 4 février 1999, le Premier ministre et ses homologues des provinces et des territoires (sauf celui du Québec) ont signé l'Historique Entente-cadre sur l'union sociale, par laquelle les gouvernements s'engageaient à faire preuve de plus de transparence



Le gouvernement du Canada est en train de bâtir une nouvelle relation avec les peuples autochtones qui s'étend aux questions de santé. Le transfert aux Premières nations et aux Inuits de l'autorité de gérer et de fournir les services de santé ainsi que la participation à des innovations qui ont pour thème l'amélioration des services sont d'importantes mesures. Elles pourraient se traduire à long terme par l'amélioration de la santé de gens dont la vie est plus courte que celle des autres Canadiens, en général, et qui sont en moins bonne santé qu'eux. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a transféré le volet bourses et bourses d'études du Programme de carrières de la santé pour Indiens et Inuits à la Fondation nationale des réalisations autochtones, et ce pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 1998 au 1<sup>er</sup> septembre 2000. Cette opération s'inscrit dans le droit fil de la ligne de conduite du Ministère, qui consiste à transférer le contrôle et la propriété des programmes et des services de santé aux Premières nations et aux Inuits eux-mêmes;

- a étendu le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones aux enfants des Premières nations et leurs familles dans les réserves. Le financement de l'extension du programme a été fixé à 100 millions de dollars sur une période de quatre ans, et à 25 millions de dollars par année ensuite. Le Ministère collaborera avec les Premières nations pour définir un processus de financement destiné à faire en sorte que le plus grand nombre possible de communautés et d'enfants profitent du programme, sans nuire à son intégrité;

- a annoncé le Projet de recherche national de 2 millions de dollars en télésanté pour les communautés des Premières nations. Ce projet permettra de mettre à l'essai la technologie de la télésanté pour améliorer et étendre la gamme de services de santé mis à la disposition des communautés des Premières nations;
- a entrepris des consultations avec les organisations nationales des Premières nations au sujet de la création de l'Institut de la santé autochtone;

- a annoncé le financement, dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé, de deux projets d'envergure nationale en matière de soins à domicile pour les Premières nations et les Inuits. Le premier projet est mené dans cinq centres des Premières nations, regroupant huit communautés, et vise à créer des modèles de soins à domicile et à mettre à l'essai des options pour mieux intégrer et coordonner les services fournis par les divers paliers de gouvernement. Le second projet se déroule dans une communauté



- longtemps avant que les Canadiens ne doivent avoir recours aux services de santé. Par la promotion de la santé de la population, le Ministère et ses nombreux partenaires interviennent pour s'attaquer aux principaux déterminants de la santé – de la première enfance jusqu'au vieil âge – et aider les gens à vivre plus vieux, à être en meilleure santé et à mener une vie plus productive, tout en encourageant une utilisation plus appropriée du système de soins de santé. Au cours de l'exercice, le Ministère :
- a intensifié la sensibilisation afin de réduire les décès attribuables à des maladies non transmissibles comme le cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle et le diabète, par des lignes directrices de pratique clinique, des initiatives de formation des professionnels et des activités d'éducation du public;
  - a renforcé la capacité d'action communautaire par rapport aux déterminants de la santé en appuyant environ 350 projets d'une durée limitée soutenus par des organismes bénévoles, sans but lucratif et non gouvernementaux dans le cadre du Fonds pour la santé de la population;
  - est intervenu en faveur du développement de la première enfance par des programmes axés sur les besoins en matière de développement social des femmes enceintes et des enfants (0 à 6 ans) qui vivent dans des conditions de risque caractérisées par la pauvreté, la piètre qualité de l'alimentation, la négligence ou les mauvais traitements;
  - a intensifié la sensibilisation à l'égard des personnes âgées et du vieillissement au cours de l'Année internationale des personnes âgées par d'importants investissements dans des projets nationaux et régionaux;
  - a travaillé avec les provinces et les territoires pour établir des objectifs nationaux en ce qui concerne notamment le coût abordable des services de santé et la réduction des maladies évitables;
  - a défini une approche intégrée de prévention et de contrôle du cancer du sein de concert avec les provinces, les territoires, les organismes de lutte contre le cancer, les principaux intéressés et les femmes;
  - a publié le *Guide canadien d'activité physique pour une vie active saine* et a terminé la première année d'une étude de base de cinq ans pour déterminer les niveaux d'activité physique des Canadiens.





## Promotion de la santé de la population



- Nettoyez : lavez-vous les mains et nettoyez les surfaces souvent;
  - Séparez : pour éviter la contamination croisée;
  - Cuisez : faites cuire les aliments à la température requise et refroidissez-les;
  - Réfrigérez rapidement.
- Cette information est diffusée par les unités de santé publique, dans le cadre de messages d'intérêt public à la radio et à la télévision, et sous forme de dépliants et d'affiches dans les supermarchés, les foires alimentaires et les expositions commerciales, les centres communautaires, les foyers pour personnes âgées et les écoles.

a formé le Partenariat canadien pour l'information sur la salubrité des aliments, résultat direct de la constitution par Santé Canada d'une équipe de 48 représentants des consommateurs, de l'industrie, des groupes de promotion de la santé et du gouvernement pour monter et mettre en route une nouvelle campagne nationale de sensibilisation du public à la salubrité des aliments dans les cuisines. La campagne, « À bas les Bactéries<sup>mc</sup> - Protégez vos aliments des bactéries », vise à placer le consommateur sur la dernière ligne de défense contre les bactéries nocives contenues dans les aliments. Son but initial est d'inculquer aux consommateurs quatre principes clés de la salubrité des aliments :

Les maladies microbiennes d'origine alimentaire, communément appelées intoxications alimentaires, représentent la plus importante catégorie de maladies infectieuses nouvelles au Canada. La recherche montre que la mauvaise manipulation des aliments à la maison cause une proportion considérable des maladies d'origine alimentaire. Pourtant les consommateurs souvent ne savent pas ce qu'ils peuvent faire pour se protéger des bactéries pouvant contaminer les aliments ou sont mal renseignés à ce sujet.

Il est de plus en plus évident que l'état de santé des individus, des familles et des collectivités est grandement influencé par des déterminants sociaux, économiques et comportementaux. Des facteurs comme le niveau de revenu, la scolarité, la nutrition, le tabagisme, l'activité physique et le soutien familial déterminent les dénouements sur le plan de la santé



Au sein du Ministère, le travail s'est poursuivi en 1998-1999 sur ces fronts et de nombreux autres. Les faits saillants par secteur d'activité sont résumés ci-après.

## Gestion des risques en matière de santé

Les Canadiens sont exposés à beaucoup moins de risques sur le plan de la santé que les populations de nombreux pays. Cette situation est le résultat en partie de processus visant à assurer la sûreté des aliments, des médicaments, des matériels médicaux, des biens de consommation et de nombreux autres produits, dans la vie de tous les jours et dans le système de santé. Toutefois, les risques changent avec le temps, comme en témoignent les maladies nouvelles ou celles qui font un retour en force. Nos façons de considérer et de gérer ces risques évoluent aussi. Le Ministère a entrepris de modifier ses approches de la gestion des risques pour la santé des Canadiens afin de s'adapter à un monde qui change rapidement. Au cours de l'exercice, le Ministère :

- a examiné et amélioré la réglementation du système canadien d'approvisionnement en sang, en tenant compte des recommandations de la Commission Krever. Il y est parvenu en obtenant plus de fonds pour les inspecteurs et les inspections de la réglementation du sang; en s'assurant de la conformité de la Société canadienne du sang et de son administration centrale aux exigences du passage à l'an 2000; en révisant la politique nationale sur la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les dons de sang, et en tenant des consultations à ce sujet; et en établissant un mécanisme de rétroaction sur la réglementation du sang dans le cadre de la nouvelle approche de réglementation fondée sur des normes;

- a conclu une entente avec la Coalition pour la surveillance du cancer sur un ensemble de normes pour la consignation de données sur l'évolution des cancers, et a établi un ensemble d'indicateurs de base pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces normes et ces indicateurs de base sont conçus de manière à faire en sorte que les Canadiennes bénéficient d'une approche répondant aux normes pour ce qui est du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils donneront également la garantie que les données sur le cancer du col de l'utérus sont uniformes d'un océan à l'autre au Canada;
- a fourni des services de dosimétrie en milieu de travail à plus de 12 500 groupes clients représentant plus de 90 000 travailleurs canadiens. Ce travail de surveillance, d'éducation, et de recherche et développement a permis de réduire de 90 % l'exposition aux radiations ionisantes des travailleurs de l'industrie nucléaire;



En 1998-1999, comme par les années précédentes, les questions de santé ont beaucoup retenu l'attention du public au Canada. Cette attention a atteint son paroxysme au moment du budget fédéral de février 1999, dans lequel le gouvernement annonçait le plus important investissement qu'il avait jamais effectué : 11,5 milliards de dollars aux provinces au cours des cinq prochaines années, en plus d'un investissement additionnel de 1,4 milliard de dollars au cours des trois prochaines années dans des domaines comme l'information en matière de santé, la recherche en santé, la santé des Premières nations et des Inuits, la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Cet investissement renforce la déclaration du ministre Rock à la 131<sup>e</sup> assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne :

« En gros, je pense que le défi fondamental qui se pose à nous est de rendre le système d'avantage responsable et mieux adapté aux besoins des Canadiens et des Canadiennes — en tant que contributeurs, en tant que citoyens et en tant que bénéficiaires. »

Et je crois que relever le défi exige une action dirigée sur deux fronts étroitement liés :

- Premièrement, nous devons intégrer la prestation des soins de santé pour répondre aux besoins de tous les gens, et mettre fin à la frustration qu'ils éprouvent parce qu'ils doivent frapper à une porte différente chaque fois qu'ils ont besoin de soins. Bien que nous ayons accompli d'important progrès, nous sommes encore loin d'offrir un parfait continuum de soins efficaces, du point de vue tant de l'organisation des services que de leur financement public. Aussi longtemps que ce ne sera pas le cas, nous ne pourrons véritablement parler des soins de santé de qualité.



- Deuxièmement, un système de santé de qualité est un système qui peut être mesuré. Un système où le rendement peut être évalué, où tous les partenaires sont responsables et doivent rendre compte à ceux qui en dépendent. Un système de qualité permettrait aux Canadiens de déterminer si l'argent qu'ils consacrent à la santé est dépensé intelligemment, de juger eux-mêmes si les soins s'améliorent... ou empiront. C'est un système où des informations objectives sont recueillies et partagées afin que tous les partenaires soient tenus responsables de leurs actions, et que les décisions reposent sur des faits, et non sur la fiction. Un système où les attentes du public sont définies publiquement, avec la participation de ce public, et où le rendement est ensuite mesuré par rapport à des normes, et les résultats, publiés pour que tous puissent les connaître.

Les Canadiens et Canadiennes et leur gouvernement attendent la même chose des nouvelles initiatives et du travail continu de Santé Canada – des contributions claires à nos buts communs : une population, des communautés et une nation en meilleure santé. Je suis fier des progrès que nous avons accomplis vers l'atteinte de ces buts en 1998-1999.

Allan Rock

L'honorable Allan Rock, C.P., député  
Ministre de la Santé



Le budget de 1999 a jeté les bases pour la revitalisation de notre système de santé. Il prévoyait en plus 1,4 milliard de dollars pour d'autres investissements dans la santé, notamment dans la recherche en santé, la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Ces nouveaux investissements reposent sur les stratégies et les programmes établis par Santé Canada à force de leadership, de partenariat et d'innovation. Le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, mais aussi avec les nombreux groupes qui s'intéressent tant aux questions de santé : professionnels, experts, dispensateurs, usagers ou autres. Un résultat de cette coopération a été un effort soutenu par l'entremise de la Fondation pour l'adaptation des services de santé, de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et d'autres initiatives financées par Santé Canada pour mettre à l'essai et appuyer des innovations qui conduiront à un système de santé plus intégré. La recherche et l'évaluation feront en sorte que les gouvernements et les dispensateurs de soins de santé aient les données pour faire les meilleurs choix possibles quant à la façon de répartir les fonds nouveaux consacrés aux soins de santé. Elles témoignent de notre détermination à prendre des décisions en nous appuyant sur des faits.

Cette détermination était évidente aussi dans l'attention soutenue que nous avons accordée aux questions de santé des populations, comme les défis du VIH/sida ou la bataille contre l'usage du tabac. Elle était également manifeste dans nos efforts pour répondre aux besoins particuliers de groupes tels les enfants et les aînés. Santé Canada a joué un important rôle dans les efforts du gouvernement pour faire en sorte que les enfants, du point de vue de la santé, bénéficient du meilleur départ possible dans la vie. Le Ministère est enfin au centre d'activités destinées à souligner l'Année internationale des personnes âgées pendant tout 1999, car nous faisons aussi notre part pour assurer la santé de cette population. Le travail de Santé Canada est le reflet des priorités globales du gouvernement à de nombreux égards. Le Ministère a continué d'aller de l'avant afin de s'assurer de gérer les risques pour la santé des Canadiens et Canadiennes de façon efficace et responsable. L'engagement du gouvernement à répondre aux besoins en matière de santé des communautés autochtones est demeuré important, le Ministère travaillant de près avec les Premières nations, les Inuits et les Innus. S'assurer que le Canada est à la fine pointe de l'innovation sur le plan de l'information et des communications a été un facteur déterminant dans nos efforts continus pour bâtir une infrastructure de la santé qui reliera les dispensateurs, les responsables des politiques et les consommateurs dans le secteur de la santé, et qui mettra à la disposition de tous une information utile et efficace.





# SECTION I : MESSAGES

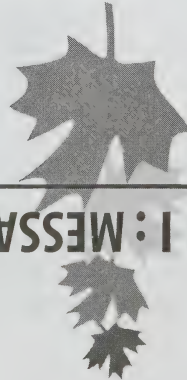
## MESSAGE DU MINISTRE

Les Canadiens et Canadiennes peuvent être fiers à juste titre du haut niveau de santé au Canada – c'est l'un des plus hauts dans le monde, et l'un des facteurs qui font que le Canada se classe premier dans le monde selon l'Indice de développement humain des Nations Unies.

Le gouvernement du Canada reconnaît que les Canadiens et Canadiennes veulent conserver – et même améliorer – leur système de santé enviable, mais sont néanmoins préoccupés par certaines questions de santé fondamentales. Ils prennent conscience de menaces nouvelles, ou qui resurgissent, et veulent savoir à quoi s'en tenir quant à l'avenir du système de santé du Canada.

En 1998-1999, le gouvernement fédéral et Santé Canada en particulier ont continué de répondre à ces besoins. Je suis heureux de présenter le Rapport sur le rendement du Ministère pour Santé Canada, qui décrit les faits saillants de ce travail pendant tout l'exercice.

Pour tous les Canadiens et Canadiennes, les fonds nouveaux pour la santé qui ont été annoncés dans le budget de 1999 ont été un fait marquant de l'année. Avant que le budget ne soit déposé, le Premier Ministre a obtenu de tous ses homologues provinciaux la promesse que les fonds nouveaux acheminés vers les provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux seraient exclusivement destinés à la santé. L'augmentation de 11,5 milliards de dollars des transferts aux provinces et aux territoires représente le plus important investissement jamais fait par notre gouvernement. Elle assure aux provinces un financement soutenu, non négligeable, jusqu'en 2003, pour leur permettre de s'attaquer aux priorités qu'elles considèrent comme les plus urgentes. Le financement est une preuve claire et tangible de l'engagement du gouvernement du Canada vis-à-vis des principes de la Loi canadienne sur la santé, qui garantissent que tous les Canadiens et Canadiennes bénéficient d'un accès égal et opportun à des soins de santé de qualité.





Index .....	122
Liste des lois et des règlements .....	120
Références .....	119
Contacts ministériels .....	117

## Section VI : Autres renseignements pertinents

Tableau 10 : Passif éventuel .....	116
Tableau 9 : Dépenses en capital par secteur d'activité .....	115
Tableau 8 : Paiements de transfert .....	114
Tableau 7 : Paiements législatifs .....	113
Tableau 6 : Recettes affectées au Trésor .....	112
Tableau 5 : Recettes affectées aux dépenses .....	111
Tableau 4 : Besoins en ressources par organisation et secteur d'activité .....	110
Tableau 3 : Comparaison dans le temps des dépenses totales et des dépenses réelles .....	109
Tableau 2 : Comparaison des dépenses totales prévues et des dépenses réelles .....	108
Tableau 1 : Sommaire des crédits approuvés .....	107
Tableaux financiers récapitulatifs .....	107
Apergu du rendement financier .....	106

## Section V : Rendement financier

Initiatives réglementaires .....	101
Stratégie de développement durable .....	99
Gestion du matériel .....	98
Préparation au passage à l'an 2000 .....	95

## Section IV : Rapport d'ensemble

Secteur d'activité 6 : Services ministériels (SM) .....	91
Secteur d'activité 5 : Politiques, planification et information en matière de santé (PPIS) .....	86
Secteur d'activité 4 : Soutien et renouvellement du système de santé (SRSS) .....	81
Secteur d'activité 3 : Santé des Autochtones (SA) .....	71
Secteur d'activité 2 : Promotion de la santé de la population (PSP) .....	64



# Table des matières

## Section I : Messages

Message du Ministre.....	1
Résumé.....	4

## Section II : Vue d'ensemble du Ministère

Mission.....	12
Mandat, rôles et responsabilités.....	12
Milieu de fonctionnement.....	14
Facteurs de changement.....	14
Développement durable.....	16
Descriptions des secteurs d'activité.....	18
Figure 1 : Structure organisationnelle.....	22
Figure 2 : Liens entre les secteurs d'activité et la structure organisationnelle.....	23

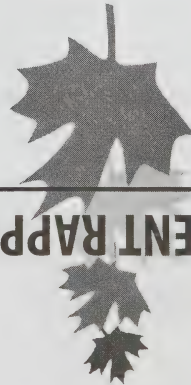
## Section III : Rendement du Ministère

<b>A Attentes en matière de rendement.....</b>	<b>24</b>
<b>B Tableau des principaux engagements en matière de résultats.....</b>	<b>27</b>
<b>C Réalisations en matière de rendement par secteur d'activité.....</b>	<b>30</b>
Secteur d'activité 1 : Gestion des risques en matière de santé (GRS).....	30
Secteur de service A : Innocuité, qualité et valeur nutritive des aliments.....	35
Secteur de service B : Réglementation des produits thérapeutiques.....	38
Secteur de service C : Hygiène du milieu.....	41
Secteur de service D : Prévention et contrôle des maladies.....	46
Secteur de service E : Agence d'hygiène et de sécurité au travail.....	50
Secteur de service F : Services d'urgence.....	54
Secteur de service G : Lutte antiparasitaire.....	56
Secteur de service H : Secrétariat canadien du sang.....	61





# LE PRÉSENT RAPPORT



Santé Canada est fier de présenter au Parlement et à tous les Canadiens et Canadiennes le présent rapport sur le rendement du Ministère pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1999.

Le document a pour but de donner un aperçu général de la façon dont Santé Canada a utilisé l'argent des contribuables au profit de tous les Canadiens et Canadiennes. Comme le Ministère est vaste et complexe, rendre compte de chacune des réalisations de chaque programme exigerait plus d'espace que nous n'en avons ici.

Par conséquent, nous avons décidé de nous en tenir aux réalisations qui pourraient intéresser le Parlement et le public.

Les programmes de Santé Canada sont gérés suivant les six secteurs d'activités suivants :

- Gestion des risques en matière de santé
- Promotion de la santé de la population
- Santé des Autochtones
- Soutien et renouvellement du système de santé
- Politiques, planification et information en matière de santé
- Services ministériels

Aucun effort n'a été épargné pour que le présent rapport soit aussi clair et concis que possible. Si vous avez d'autres questions ou désirez des renseignements plus détaillés au sujet d'un programme ou service particulier, veuillez vous adresser à :

Santé Canada  
Renseignements généraux  
0913A, 13<sup>e</sup> étage  
Immeuble Brooke-Claxton  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
(613) 957-2991

Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/>





# SANTÉ CANADA

## Rapport ministériel sur le rendement

---

Pour la période se terminant  
le 31 mars 1999

Allan Rock

Allan Rock  
Ministre de la Santé





## Avant-propos

Le 24 avril 1997, la Chambre des communes a adopté une motion afin de répartir, dans le cadre d'un projet pilote, le document antérieurement désigné comme la *Partie III du Budget principal des dépenses* pour chaque ministère ou organisme en deux documents, soit le *Rapport sur les plans et les priorités* et le *Rapport ministériel sur le rendement*.

Cette décision découle des engagements pris par le gouvernement d'améliorer l'information fournie au Parlement sur la gestion des dépenses. Cette démarche vise à mieux cibler les résultats, à rendre plus transparente l'information fournie et à moderniser la préparation de cette information.

Cette année, le rapport d'automne sur le rendement comprend 82 rapports ministériels sur le rendement ainsi que le rapport du gouvernement intitulé *Une gestion axée sur les résultats* – Volume 1 et 2.

Ce *Rapport ministériel sur le rendement*, qui couvre la période se terminant le 31 mars 1999, porte sur une responsabilisation axée sur les résultats en signalant les réalisations par rapport aux attentes en matière de rendement et aux engagements en matière de résultats énoncés dans le projet pilote de *Rapport sur les plans et priorités* pour 1998-1999. Les principaux engagements en matière de résultats pour l'ensemble des ministères et organismes sont aussi inclus dans *Une gestion axée sur les résultats* – Volume 2.

Il faut, dans le contexte d'une gestion axée sur les résultats, préciser les résultats de programme prévus, élaborer des indicateurs pertinents pour démontrer le rendement, perfectionner la capacité de générer de l'information et soumettre un rapport équilibré sur les réalisations. Gérer en fonction des résultats et en rendre compte nécessite un travail soutenu dans toute l'administration fédérale. Le gouvernement continue de perfectionner et de mettre au point tant la gestion que la communication des résultats. Le perfectionnement découle de l'expérience acquise, les utilisateurs fournissant au fur et à mesure des précisions sur leurs besoins en information. Les rapports sur le rendement et leur utilisation continueront de faire l'objet d'un suivi pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins actuels et en évolution du Parlement.

Ce rapport peut être consulté par voie électronique sur le site Internet du Secrétaire du Conseil du Trésor à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/tb/tkey.html>

Les observations ou les questions peuvent être adressées au gestionnaire du site Internet du SCT ou à l'organisme suivant:

Secrétariat de la planification, du rendement et des rapports  
Secrétaire du Conseil du Trésor  
L'Esplanade Laurier  
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0R5  
Téléphone : (613) 957-7042  
Télécopieur : (613) 957-7044

# Présentation améliorée des rapports au Parlement Document pilote

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le *Rapport sur le rendement* met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 1999

En vente au Canada chez votre librairie local ou par la poste auprès des

Editions du gouvernement du Canada — TPSCGC

Ottawa, Canada K1A 0S9

N° de catalogue BT31-4/42-1999  
ISBN 0-660-61054-X





**Santé Canada**

**Rapport sur le rendement**

Pour la période se terminant  
le 31 mars 1999

**Canada**











